

AUG 7 1945

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Secretário: ANTÔNIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574 — São Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano Cr\$ 50,00 — Numero avulso Cr\$ 5,00

L. XLIX

Maio de 1945

N. 5

Sumário:

	Pág.
"Incisão em grelha" através do grande reto do abdome. — Dr. Eurico Branco Ribeiro	421
Aspectos atuais da moléstia de Nicolas-Favre. — Dr. Benedictus Mário Mourão..	431
Produção Médica de São Paulo:	
Sociedade de Medicina e Cirurgia:	
Segundo Congresso Médico Paulista....	451
Associação Paulista de Medicina:	
Higiene e Medicina Tropical.....	462
Neuropsiquiatria.....	465
Cirurgia.....	470
Dermatologia e Sifilografia.....	470
Medicina.....	471
Radiologia e Eletricidade Médica.....	472
Medicina Militar.....	475
Obstetricia e Ginecologia.....	480
Sociedade Médica São Lucas.....	481
Centro de Estudos "Franco da Rocha"....	482
Sociedade do Serviço do Prof. Celestino Bourroul.....	485
Outras sociedades.....	486
Imprensa médica de São Paulo.....	489
Vida médica de São Paulo:	
I Congresso Médico-social brasileiro.....	490
Sociedade de Medicina e Cirurgia.....	506
Universidade de São Paulo.....	506
Neurologia.....	506
Sociedade de Gastro-enterologia e moléstias da nutrição.....	507
Centro de Estudos "Franco da Rocha"....	507
Sociedade do Serviço do Prof. Celestino Bourroul.....	508
Soc. Paulista de Med. e Higiene Escolar.....	508
Literatura médica.....	508

Triod Zambelletti

Preparado organico tri-iodo-azotado

Máxima eficiencia curativa - Destacado neurotropismo - Ausencia de retenção - Perfeita tolerancia local e geral.

INDICAÇÃO: Artrismo - Artrite deformante - Localizações microbianas e tuberculares - Adenopatias - Afecções paralíticas - Intoxicações exogenas e endogenas também dos centros nervosos - Arterioesclerose - Polissarcia - Anexites.

Injeções intra-musculares e endovenosas.

Ampolas de 2 e de 5cc.

Via bucal: comprimidos em vidros de 50

**LAB. ZAMBELETTI LTDA. - CAIXA, 2069
SÃO PAULO**

Uma novidade terapêutica, eficaz e atóxica

GENCITROPINA LABOTHERPE

Formula:

CADA DRAGEA CONTEM:	ADULTOS	INFANTIL
Violeta de genciana . . .	0,06 g	0,02 g
Arrenal	0,03 g	0,01 g
Sulfato de atropina . . .	0,00024 g	0,00008 g
Excipiente q.s. para 1 dragea gastro-refrataria		

INDICAÇÕES: Giardia intestinalis, Infestação por Enterobius vermiculares, Estrongiloides, Estercolaris e por Heminolepis.

**LABORATÓRIO BRASILEIRO DE TERAPEUTICA LTDA.
CAIXA POSTAL, 3018 - RUA S. JOAQUIM, 381 - TEL. 7-2955 - S. PAULO**

•
e
s
-s
.

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

SECRETÁRIO: ANTONIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574, S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano . . . Cr \$ 50,00 — Numero avulso . . . Cr \$ 5 00

Vol. XLIX

Maio de 1945

N. 5

“Incisão em grelha” através do grande reto do abdome

Dr. Eurico Branco Ribeiro

Diretor do Sanatório São Lucas

Na edição de fevereiro de 1944 de *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, LXXVIII, 213, o dr. Herbert H. Davis, de Omaha, Nebraska, Estados Unidos, publicou um pequeno artigo mostrando as vantagens da “incisão em grelha” através do grande reto direito do abdome para as operações exigidas pela estenose congênita hipertrófica do piloro.

Com o propósito de deixar registada a sua prioridade nessa via de acesso, o dr. Davis disse: “Tanto quanto eu saiba, esta é a primeira vez que a incisão em grelha do reto direito, como aqui é descrita, tem sido proposta e usada”.

Entretanto, uma incisão em tudo semelhante à que ele propoz vem sendo utilizada em nosso Serviço desde 1937 e foi por nós descrita em 1939, quando tivemos a oportunidade de mostrar as suas vantagens ao escrever sobre “Incisões para cirurgia do fígado e das vias biliárias”. Esse trabalho foi lido na Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa em 2 de junho de 1939, e publicado em “Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia”, São Paulo, XXXVIII, 113, agosto de 1939, depois reproduzido em nosso livro “Estudos Cirúrgicos”, III, 53, São Paulo, 1940.

Posteriormente, apresentamos à Terceira Assembléia Internacional do “International College of Surgeons”, reunida no México entre 9 e 14 de agosto de 1941, um trabalho sobre “Modification of Spengel's incision in ideal cholecistotomy”, no qual insistimos nas vantagens que aquela nova técnica oferece, como bem se pode ver

pela leitura das atas daquele Congresso, a páginas 166-173 e do número de julho-agosto de 1943 do "The Journal of the International College of Surgeons" embora nessas publicações o referido artigo tenha sido publicado com incorreções.

Afim de estabelecer a identidade da nossa incisão com a apresentada pelo dr. Herbert H. Davis, vamos reproduzir a descrição que ele fez no "Surgery, Gynecology and Obstetrics", LXXVIII, 213, fevereiro de 1944 e em seguida a que fizemos em 1940; dizia ele em 1944:

"A técnica usada para fazer esta incisão pode ser descrita como segue: sobre a porção superior do músculo grande reto do lado direito, uma pequena incisão transversa é feita através da pele, da gordura subcutânea e da bainha anterior do reto. A face profunda da bainha é dissecada do músculo reto, e os retalhos afastados para cima e para baixo. O músculo reto é dissociado longitudinalmente e afastado para a exposição da sua bainha posterior. Esta última camada com o peritônio é incisada transversalmente. Ao fechar-se a ferida, cada um dos planos é suturado separadamente; o peritônio com a bainha posterior do reto, o próprio músculo reto, a bainha anterior do reto e finalmente a pele".

A descrição por nós feita está contida, também, na comunicação que fizemos, a 2 de setembro de 1940, ao Colégio Brasileiro de Cirurgiões e publicada em "Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia", XL, 445, dezembro de 1940, depois reproduzida em "Estudos Cirúrgicos", IV, 179, São Paulo, 1945. Eis a descrição por nós publicada no Brasil em 1940:

"Consiste em u'a modificação pessoal da incisão de Sprengel, modificação muito simples, mas que ainda não encontramos assinalada na literatura até agora por nós compulsada. Trata-se, apenas, de respeitar as fibras musculares do grande reto do abdome. Agimos da seguinte maneira:

1. Incisão cutânea transversal, em altura conveniente (de acordo com o biotipo individual), compreendendo apenas a largura do grande reto do abdome.
2. Incisão do tecido celular subcutâneo na mesma extensão e direção da incisão cutânea.
3. Incisão transversal da folha anterior da bainha do grande reto do abdome...
4. ...descolando dela as fibras musculares e, eventualmente, uma intersecção aponevrótica, de maneira a rebater os bordos da incisão para cima e para baixo.
5. Dissociação das fibras do grande reto do abdome, de maneira a expor a folha posterior da sua bainha numa altura de 8 a 10 cm.
6. Incisão vertical ou transversal sobre essa bainha e o peritônio.

As vantagens dessa via de acesso consistem em se poupar o grande reto do abdome e em se fazer entrecruzamento das linhas de sutura aponevrótica com a direção das fibras musculares mantidas íntegras. Dessa forma, a profilaxia da eventração posoperatória parece absoluta".

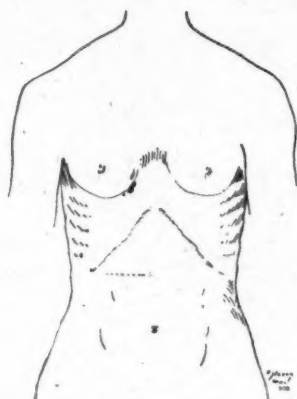


Fig. 1
Traçado da incisão cutânea

A identidade é perfeita. Pedimos ao "Surgery, Gynecology and Obstetrics" que publicasse uma pequena nota esclarecendo a questão de prioridade. Respondeu-nos o editor Loyal Davis:

"Estamos remetendo a sua carta ao dr. Herbert Davis para alguma resposta que ele deseje dar. Não temos o habito de publicar correspondência sobre controvérsias neste jornal".

Poucos dias mais tarde recebíamos atenciosa carta do dr. Herbert H. Davis, em que dizia:

"A incisão de que você fala tem sido usada por grande número de cirurgiões neste país em cirurgia vesicular. Estou familiarizado com ela e a tenho visto usada por diversos colegas diferentes".

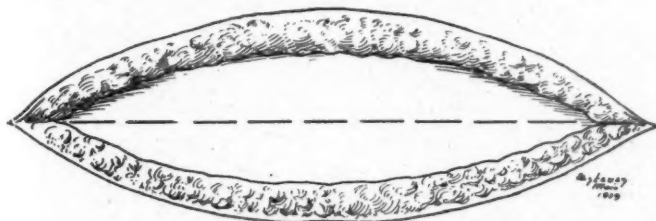


Fig. 2
Incisados a pele e o tecido celular subcutâneo, vê-se a bainha anterior do grande reto do abdome, onde o pontilhado indica a linha de incisão

E depois de acentuar que a sua incisão era para estenose hipertrófica do piloro, acrescentou:

"A incisão através da bainha posterior do reto e através do peritônio em minha incisão é feita em direção transversa. Penso que isso é

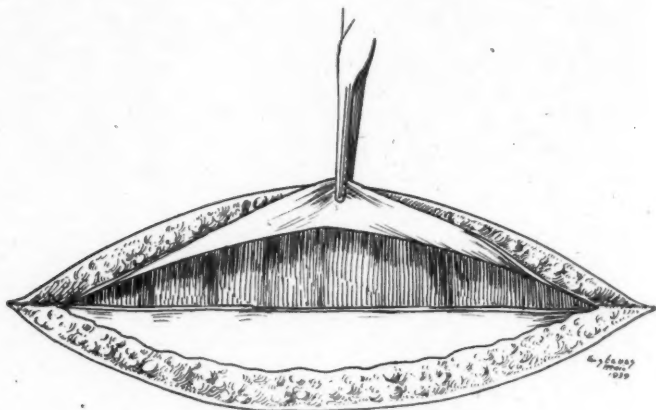


Fig. 3

Descolamento da bainha anterior do grande reto do abdome, expondo as fibras musculares

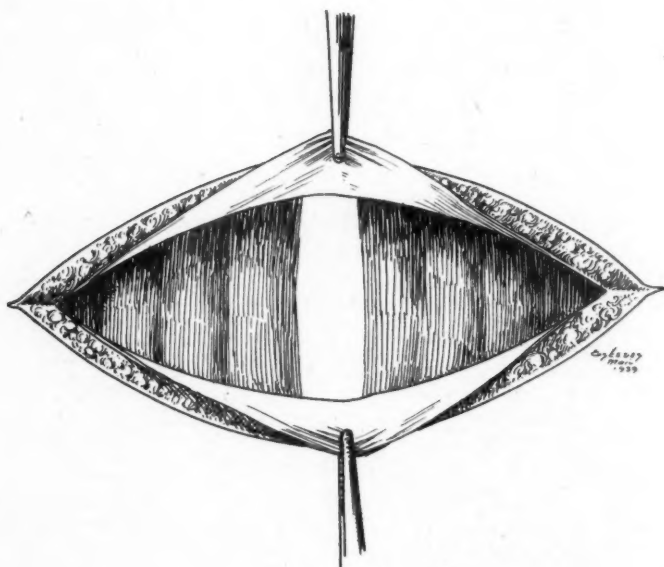


Fig. 4

Uma vez suficientemente descoladas e afastadas as porções superior e inferior da bainha anterior do grande reto do abdome, as fibras musculares são afastadas, permitindo a exposição da bainha posterior

importante, pois se trata de um plano de fechamento extremamente importante, sendo que as fibras da bainha posterior correm transversalmente e eu as separei ao invés de corta-las. Na sua incisão, você incisa esse plano verticalmente. Pessoalmente eu creio que essa minúcia da incisão é extremamente importante. Ainda não tenho conhecimento de nenhuma descrição na literatura de incisão como a que descrevi”.

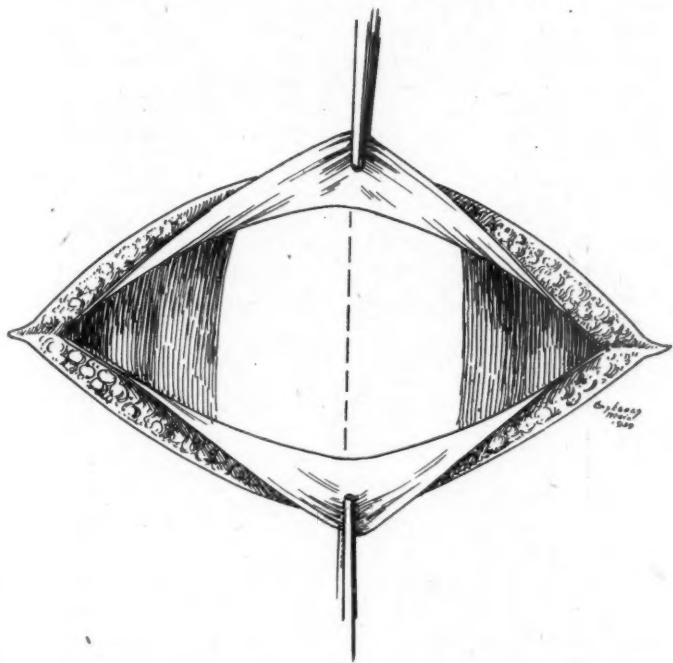


Fig. 5

Exposta a folheta posterior da bainha do grande reto do abdome, a linha de incisão tanto pode ser traçada verticalmente, como se vê nesta figura, como transversalmente, conforme o texto de nosso trabalho em "Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia", LX, 445, dezembro de 1940

Si o dr. Herbert Davis tivesse lido o número de dezembro de 1940 de "Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia", ele não teria terminado a sua carta com a afirmativa que contém. Mas ele só deve ter lido, por indicação nossa, o número de julho-agosto de 1943 de "The Journal of the International College of Surgeons", onde o nosso trabalho, além de publicado com várias incorreções, contém mais essa de não assinalar que fazíamos indiferentemente a incisão transversal ou vertical da bainha posterior e do peritônio, como havíamos assinalado quando publicamos o trabalho em português, em 1940. E para fortalecer ainda mais a impres-

são do dr. Herbert Davis, a nossa figura n.º 13 inserta à página 403 da referida revista norte-americana, apresenta o pontilhado da incisão da bainha posterior no sentido vertical, pois o desenhista, para não haver confusão, apenas traçara a linha de incisão num dos dois sentidos que no texto admitíamos.

Assim, pois, o dr. Herbert Davis tem razão em dizer que não tinha lido descrição idêntica à sua. Faltara-lhe ter conhecimento da nossa publicação de 1940.

Tem razão ainda o dr. Herbert Davis quando salienta a propriedade da incisão transversal da bainha posterior e do peritônio, já por nós praticada e preconizada no trabalho divulgado em 1940.

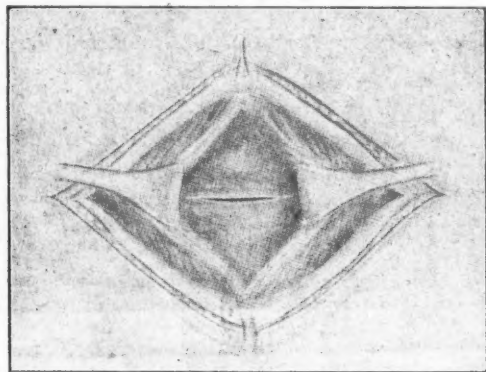


Fig. 6

Figura contida no artigo de Herbert Davis, no *Surgery Gynecology and Obstetrics*, LXXVIII, 213, fevereiro de 1944

Realmente a abertura no sentido transversal evita que se cortem as fibras da bainha posterior e facilita o fechamento do plano profundo. Com ela, não há maior dificuldade em se praticar operações como a indicada na estenose hipertrófica do piloro e como a colecistotomia ideal por nós preconizada. Mas se o ato cirúrgico exige um campo mais amplo, como no caso de uma colecistectomia, então a incisão transversal da bainha posterior dificulta a ampliação desejada e é em tais circunstâncias que a incisão vertical da bainha posterior deve ser executada. Daí o fato de termos descrito esse tempo operatório como "incisão vertical ou transversal", indiferentemente, porque falávamos de um modo geral, sem especificar os casos.

Estamos de pleno acordo com o dr. Herbert Davis em que a incisão transversal da bainha posterior é de grande importância no fechamento da parede. Mas também não podemos deixar

de reconhecer que a incisão vertical não apresenta inconvenientes capazes de condicionar a sua condenação formal. Si a necessidade de um campo maior exigir a incisão vertical da bainha posterior e do peritônio, o fechamento da parede também se fará com solidez, pois as fibras musculares adossadas e contidas pela faixa anterior suturada transversalmente dão praticamente as mesmas garantias contra a possibilidade de sobrevir uma eventração.

E' que continua de pé o principio do entrecruzamento de incisões, que permitem ao dr. Herbert Davis dar à técnica que descreveu o nome de "incisão em grelha".

Na carta do ilustre cirurgião de Omaha o que nos causou estranheza foi a asserção de que a incisão como descrevemos tem sido muito usada em cirurgia vesicular em seu país. Si realmente assim é e si ha identidade entre a nossa e a incisão por ele preconizada, então não havia razão para que ele a apresentasse como novidade. Salvo si só a estivesse indicando para uma e determinada intervenção: a aconselhada na estenose hipertrofica do piloro... Mas o que deve ter havido da parte do dr. Herbert Davis foi uma falta de compreensão da descrição por nós feita, confundindo-a com a velha e divulgada incisão de Sprengel, justamente a que procuramos modificar, melhorando-a, do ponto de vista da segurança na profilaxia das eventrações. Os autores clássicos não fazem referência a nenhuma incisão que se assemelhe à "incisão em grelha" que o dr. Herbert Davis descreveu e que nós já havíamos divulgado em 1940. Si fosse de execussão corriqueira nos Estados Unidos, ele não teria dito que era "a primeira vez que incisão em grelha do reto direito" fora proposta e usada.

O que resta ao dr. Herbert Davis é reconhecer, depois da leitura do número de dezembro de 1940 dos "Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia", que já havíamos proposto e usado antes dele a "incisão em grelha", com a variante que consiste na secção transversal da bainha posterior do grande reto direito do abdome.

"RIGHT RECTUS GRIDIRON INCISION"

In the February, 1944 issue of the "Surgery, Gynecology and Obstetrics", dr. Herbert H. Davis, of Omaha, Nebraska, published a little article showing the advantages of the "right rectus gridiron incision in congenital hypertrophic pyloric stenosis".

In order to register his priority, dr. Davis said: "As far as I know this is the first time that the right rectus gridiron incision, as here described, has been advocat and used".

Although, we remember that an incision like that preconized by him, has been used in our Service since 1937, and was described in 1939, when

we had the opportunity of showing its advantages in writing on "Incições para cirurgia do fígado e das vias biliárias" (the incisions for hepatic surgery and biliary tract ones). Our article was published in "Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia, São Paulo, XXXVIII, 119, august, 1939 and reproduced in our book "Estudos Cirúrgicos", III, 53, São Paulo, 1940.

Hereafter we presented to the "Third International Assembly of the International College of Surgeons", which was held in Mexico City, August 9. 14, 1941, a work on "Modification of Sprengel's Incision in ideal cholecistotomy", in which we insisted on the advantages of that new technic, as everybody can see by reading the Proceedings of that Congress pags. 166-173.

The same article was published in the July-August issue of "The Journal of the International College of Surgeons", VI, 399-406 (1943) but rather incorrectly.

In order to establish the identity of our incision with that presented by dr. Davis, we shall translate his words from the "Surgery Gynecology and Obstetrics":

"The technique used in making this incision may be described as follows: Over the upper part of the right rectus muscle a short transverse incision is made through the skin, subcutaneous fat, and anterior sheath of the rectus. The deep surface of the rectus sheath is dissected from the rectus muscle so that these flaps can be retracted upward and downward. The rectus muscle is split longitudinally and retracted to expose the posterior sheath of the rectus. This latter layer with the peritoneum is incised transversely. Inclosing the wound each of these layers is sutured separately: the peritoneum with the posterior sheath of the rectus, the rectus muscle itself, the anterior sheath of the rectus, and finally the skin".

Our description is as follows, according to our publication in "The Journal of International College of Surgeons":

"I use a parietal incision which is a modification of Sprengel's one, which is not mentioned in the literature consulted. It is very simple, consisting merely in preserving the muscle fibers of the rectus abdominis by employing the following procedure:

1. Transverse cutaneous incision at a convenient height (in accordance with the individual biotype), extending only the width of the rectus abdominis.
2. Incision of the subcutaneous cellular tissue in the same direction and the same width as the cutaneous incision.
3. Transverse incision of the anterior leaf of the sheath of the rectus abdominis.
4. Detachment from the muscular fibers and the aponeurosis, so that the edges of the incision may be grasped by the forceps.
5. Separation of the fibers of the rectus abdominis so as to expose the posterior leaf of the sheath 8 or 10 cm.
6. Vertical incision of the sheath and the peritoneum".

Our figures are as clear and demonstrative as that of Dr. Davis.

Aspectos atuais da moléstia de Nicolas-Favre *

Dr. Benedictus Mario Mourão

Médico em Poços de Caldas

(Continuação)

VASCONCELOS & ALCÂNTARA MADEIRA (1938), entre nós, foram os iniciadores da antigenoterapia intravenosa, publicando os resultados observados em 28 casos, que demonstraram ser o método sempre eficiente e sem acidentes. Nos casos rebeldes a insistência do tratamento foi um fator importante. O abandono das injeções por parte do paciente pode resultar na recidiva e na ineficácia da antigenoterapia reiniciada. Os antígenos usados foram preparados de pús de bubão. No início usaram diluições maiores (1/20), seguindo-se a de 1/10 e finalmente a de 1/5. O feto das diluições fracas no início do tratamento é evitar as reações febris demasiadamente violentas. Numa série de 10 injeções faziam: duas a 1/20, duas a 1/10 e as demais a 1/5. Iniciavam com a diluição a 1/20, na quantidade de 0,2 cm³; as doses seguintes eram acrescidas de 0,2 cm³ e assim sucessivamente, passando pelas diluições mais fortes, até completar o tratamento, isto é, até que o doente não mais tivesse reações febris com as duas últimas injeções. Os intervalos eram de acordo com a reação anterior, sendo regra 2 a 3 dias. ALCÂNTARA MADEIRA (1944), em recente conferência que fez na Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, fez a apologia do método, confirmando os seus resultados iniciais e dizendo que até a data presente tratou mais de 300 poradênicos com resultados bastante satisfatórios.

MAUAD (1938) trouxe a lume sua casuística de 200 doentes tratados com a antigenoterapia. Injetou o antígeno na veia, obedecendo às seguintes dosagens: 1.^a, 0,2 cm³; 2.^a, 0,5 cm³; 3.^a, 0,8 cm³; intervalo de três dias entre elas. A evolução, obedecendo a estas dosagens, foi, salvo ligeiras exceções, sempre a mesma. A dor desaparece após a 1.^a dose, após a 2.^a dose é a febre que não mais sobrevem. O último sintoma a regredir é a tumefacção ganglionar. Raramente precisou injetar mais das três doses acima referidas. Observou, ainda, que a auto-antige-

* Ver o início deste trabalho em nosso n.º anterior.

noterapia é de efeito mais rápido: com apenas duas doses (1.^a e 2.^a), há involução de toda a sintomatologia, especialmente a tumefacção. A antigenoterapia foi destituída de valor terapêutico nos casos de ano-retites infiltrativas e no estiômeno vulvar.

GREGORIO (1939) chegou às seguintes conclusões no seu recomendável e substancioso trabalho: 1.^o o antígeno de Frei por via intravenosa é atualmente o tratamento de eleição na moléstia de Nicolas-Favre, na sua localização inguinal; 2.^o tal método terapêutico carece de acidentes e sempre deve ser utilizado, desde que se disponha de antígeno; 3.^o na localização retal da doença a medicação fracassa constantemente, não se conseguindo sequer deter a marcha progressiva e estenosante do processo. O mesmo ocorre com as lesões ulcerosas hipertróficas vulvares (estiômeno), que não são influenciadas de forma favorável. Dos 55 casos de localização inguinal que tratou, 47 ficaram curados. A medicação fracassou nos 12 casos de estreitamento retal, observando, apenas, ligeiras melhoras dos transtornos funcionais produzidos pelo processo. Os antígenos que empregou foram preparados de pús, diluídos a 1/5 ou a 1/8, fenicados a 0,5% e tinalizados a 60° C durante uma hora, três dias seguidos. Usou algumas vezes antígenos não aquecidos, que deram melhores resultados, por sua maior atividade antigênica. O tratamento era iniciado injetando 0,5 cm³ de pús aquecido, dose que provocava uma reação perfeitamente tolerável. Cada três ou quatro dias as doses eram aumentadas progressivamente até 3 cm³, dose máxima que era repetida quantas vezes se tornava necessária, até a cura total do doente ou até a suspensão da medicação nos doentes em que a terapêutica fracassava. Sendo a reação febril muito intensa, sempre repetia a mesma dose na injeção seguinte. Nas infecções de escassa intensidade a cura foi obtida com a aplicação de 10 a 12 injeções. Nos casos mais intensos houve necessidade de maior número de injeções. Iniciado o tratamento, com a repetição das injeções diminuíam as elevações febris, apesar de duplicar e mesmo triplicar as doses de antígeno. As reações em cada injeção eram cada vez menores, até se produzir uma desensibilização total, momento em que o antígeno não produz a menor reação. A desensibilização, na generalidade dos casos, coincidiu com a cura da doença, ainda que sempre foi conveniente, com o fito de evitar recidivas, continuar o tratamento. Na maioria dos casos ganglionares se conseguiu uma desensibilização total, ao passo que ocorreu o contrário nos casos de localização retal ou de estiômeno. A medicação fracassou quando houve falta de reações febris, por falta de antigenicidade do produto utilizado. A rapidez da cura esteve sempre relacionada com a intensidade da infecção, estado alérgico do doente e poder antigênico do produto empregado.

GREGORIO, ao contrário de MAUAD, relativamente à auto-antigenoterapia, observou que um antígeno de um mesmo indivíduo não é superior ao de um outro caso.

SONK (1940) diz que depois de ter usado a antigenoterapia intravenosa, sobrevieram nos indivíduos que usaram a medicação, lesões lenticulares ou nodosas, com agravação do estado geral, atribuindo ao antígeno tais sintomas.

GREENBLATT & BRANDT (1941) trataram oito doentes com antígeno no feito de cérebro de camondongo. Aplicaram 8 injeções, intravenosamente, em doses crescentes, os intervalos variando com a reação febril ou pelo menos com um dia afebril entre duas injeções. A dosagem obedeceu a um critério muito sensato, que recomendamos que seja adotado por todos que utilizam a antigenoterapia. Os antígenos primeiramente teem a dose cutânea dosada (*skin test dose*) sendo considerada a unidade terapêutica 1/10 da citada dose. As doses ministradas, todas suspensas uniformemente em 5 cm³ de salina fisiológica, obedeceram à seguinte escala: 1.^a, 1 U.; 2.^a, 5 U.; 3.^a, 10 U.; 4.^a, 20 U.; 5.^a, 30 U.; 6.^a, 40 U.; 7.^a, 50 U.; 8.^a, 60 U.. Os resultados foram apreciáveis para dois doentes e desfavoráveis para o restante. Não houve regularidade na elevação e duração da febre. Cérebros de camundongos normais também provocaram febre. Acha que esta modalidade de tratamento só é recomendável nos casos recidivantes, associada à quimioterapia.

2. *Autosoroterapia. Autohemoterapia.* — Como dissemos linhas atrás, logo depois de estabelecida a infecção poradênica, aparecem no soro dos doentes anticorpos viricidas, cuja produção atinge ao máximo no fim de duas semanas. Esses anticorpos também foram demonstrados no soro de coelhos imunizados artificialmente (*van Rooyen & Rhodes, 1940*).

Recentemente, RAKE & JONES (1943), verificaram que nas culturas do vírus poradênico em saco embrionário de ovo fértil de galinha, há formação de um fator tóxico, dotado de rápida ação letal para o camundongo, por via intravenosa e peritonial, tendo a anátomo-patologia evidenciado lesões de "toxina". Tal fator tóxico parece estar intimamente relacionado com os corpúsculos elementares do vírus, e, de um modo geral, se assemelha às endotoxinas bacterianas. A existência dessa "toxina" explicaria, de certo modo, porque a doença, no homem, na fase aguda, vem acompanhada de calafrios, cefaléias e outros sintomas que sugerem toxemia. RAKE & JONES também demonstraram a formação de anticorpos contra o fator tóxico: soro de coelhos imunizados com suspensões desse agente previnem a ação letal da "toxina".

O mecanismo da imunidade na linfopatia venérea não está completamente esclarecido, mas fácil se torna interceptar, à luz dos nossos conhecimentos atuais, que os resultados satisfatórios obtidos por alguns autores no tratamento de tal infecção, pelo autosoro e autohemoterapia, se poderia explicar perfeitamente pela existência no soro dos poradênicos, desde o período agudo da moléstia, de anticorpos viricidas e possivelmente de antitoxinas.

LOFORTE (1938) descreveu um processo interessante e original de tratamento da quarta moléstia venérea pela autohemoterapia intraganglionar. Consiste no seguinte: praticar a autohemoterapia intraganglionar, injetando 2 a 3 cm³ de sangue puro do doente, dentro do gânglio que se presume afetado. A injeção deve ser feita lentamente e quasi nunca há formação de hematoma subcutâneo. A dor provocada é pequena e perfeitamente suportável. Os resultados foram animadores desaparecimento rápido das dores; a febre, quando existe, diminui, voltando a temperatura ao normal; o estado geral e local melhoram consideravelmente; a flogose ganglionar tende a regredir apressadamente, ficando o gânglio apenas perceptível ao fim de 13 a 15 dias. Quando a adenite já tem flutuação, deve-se retirar primeiramente todo o líquido possível, injetando logo após 2 ou 3 cm³ de sangue. LOFORTE nunca ultrapassou de 6 aplicações intraganglionares, sendo as injeções feitas de 4 em 4 dias.

VIDELA & CAPUTO (1940), na Argentina, empregaram a soterapia peri e intraganglionar. Puncionam o gânglio e injetam pela mesma agulha 1 cm³ de soro adotado de propriedades viricidas; por via intravenosa injetam igual quantidade. Cada dois dias repetem a operação, aumentando progressivamente as doses até 5 cm³. Registram casos com 10 dias de alta. Um doente com adenite fistulizada, com fistulas de 2 ½ meses de evolução, foi curado em 18 dias com a aplicação de 30 cm³ de soro por via intravenosa e 50 cm³ peri e intraganglionar.

AMATO (1941) empregou o processo LOFORTE em 10 casos de adenite inguinal e conseguiu resultados brilhantes. A técnica de introdução intraganglionar do sangue variou conforme a adenite vinha acompanhada de flutuação ou não. No primeiro caso retirava o pús e injetava o sangue; no segundo caso a introdução do sangue foi mais difícil e dolorosa, não conseguindo inocular mais que 2 a 3 cm³. Em adenite com flutuação chegou a injetar de 18 cm³ de sangue de uma só vez. Quando os doentes se apresentavam com os gânglios fistulizados o tratamento foi mais demorado. Obstruía, nesses casos, o pertuito fistuloso com esparadrapo, esvasiava o gânglio supurado e introduzia uma quantidade relativamente pequena de sangue, para não forçar a

abertura da fistula obstruida. Os doentes faziam duas applicações por semana. A média de sangue extraído foi de 8, com um máximo de 12 e um mínimo de 3.

3. Sulfanilamidoterapia.

LEVADITI (1938) verificou que a carboxi-sulfamido-crisoidina (Rubiazol) e a paraminofenilsulfanilamida (sulfanilamida pura) ministrados *per os* são capazes de curar cobaios infectados pela via intraganglionar com o virus poradênico. Contemporaneamente, BÄR (1938), apresentou resultados análogos, tratando com sulfanilamida camondongos infectados pelo referido virus por via intracerebral. Esses dados confirmam os resultados clínicos conseguidos por MONTEL & NGUYEN VAN THO, GJURIK, L'EPINAY, GRAVIN & BONON, SEZARY e WEISSENBACH, BOCAGE & TERMINE, todos esses autores tendo publicado as suas comunicações durante o ano de 1938, pertencendo, entretanto, aos primeiros a prioridade da sulfanilamidoterapia na moléstia de Nicolas-Favre.

Da rápida revisão bibliográfica por nós efetuada, verificamos que tanto a sulfanilamida, como os seus derivados mais conhecidos — sulfapiridina, sulfatiazol e sulfaguanidina — possuem evidente ação terapêutica na linfopatia venérea. Sobre outros preparados mais modernos, embora já se encontrem referências, devemos ainda aguardar resultados mais definitivos. Verifica-se, pois, que a moléstia de Nicolas-Favre, como acentua ALVES MEIRA (1943), é a única infecção produzida por virus beneficiada com a medicação pelos atualmente conhecidos e empregados compostos sulfanilamídicos.

SENNA E SILVA (1938), do Rio de Janeiro, é outro pioneiro da sulfanilamidoterapia na infecção poradênica e talvez o primeiro autor que refere ter empregado a sulfanilamida em injeções nos focos inflamatórios de retite. Experimentou o carboxi-sulfamido-crisoidina (Rubiazol) em três doentes, sendo um de retite, outro de estenose retal inoperavel e um terceiro de adenite inguinal. Todos os casos tinham a reação de Frei positiva e melhoraram extraordinariamente com o tratamento instituido. Nos casos de retite praticou a injeção no tecido periretal com agulha de 5 cm., procurando injetar próximo aos focos inflamatórios. Estas injeções sempre deram reações febris e por isso achou prudente não ultrapassar a dose de 3 cm³ de cada vez, começando com 1 cm³, afim de tactear a sensibilidade do doente.

PERYASSÚ (1939) relatou as suas experiências clínicas com o Rubiazol, dando 4 comprimidos no 1.º dia, (cada comprimido encerrando 0,20 g.) e a seguir 6 comprimidos ao dia, e como dose máxima por toda uma série, 180 comprimidos. Acreditou que se procedendo desta maneira, ministrando-se aos doentes

três séries de tratamento regular, com intervalo de 15 dias entre elas, assegura-se a cura clínica da doença. Verificou, ainda, que a associação da sulfanilamidoterapia à radioterapia ou a preparados de antimônio constitue a melhor orientação terapêutica. Estabeleceu deste modo três tipos de tratamento: a) tratamento exclusivo pelos produtos sulfanilamídicos, em 3 ou 4 séries de 80 comprimidos, com intervalo de 15 dias entre cada série; b) conjugação do tratamento sulfanilamídico com a radioterapia; c) associação intercalada de produtos sulfanilamídicos com preparados iódicos ou antimoniais, neste último caso dispensando o repouso medicamentoso. A associação da terapêutica sulfanilamídica com a radioterapia tem a sua indicação nos casos de adenites sem fistulização. Nos casos de gânglios fistulizados, alia-se a sulfanilamida aos compostos orgânicos de antimônio.

MIDANA (1940), em 40 casos de retite poradênica, concluiu que a sulfanilamida constitue o seu maior efetivo e eficiente tratamento. A terapêutica consistiu em administrar 2 g. de sulfanilamida pela via oral durante 20 dias, ou, em caso de intolerância, 1 grama pela boca e 3 cm³ de uma solução a 33% por via intramuscular ou 5 cm³ de uma solução a 20% por via intravenosa. O tratamento foi feito durante 10 a 15 dias e repetido várias vezes, com intervalos de 2 a 3 meses. Localmente, uma a duas vezes por dia, MIDANA injetava no reto 100 cm³ de uma solução de 1% de sulfanilamida, devendo o doente reter a solução durante o maior tempo possível.

JARAMILLO ARANGO (1940) empregou como tratamento nos seus doentes de infecção poradênica a sulfapiridina combinada com o carvão, partindo do princípio que a primeira possui uma ação virostática e a segunda uma ação leucógena. A dose foi de 3 g. diárias de sulfapiridina por 5 dias e uma injeção intravenosa de carvão aplicada diariamente. Em 10% dos casos o resultado não foi de todo satisfatório, e se repetiu a série depois de 8 dias, reduzindo a sulfapiridina a 2 g. diárias e conservando o carvão.

ANCONA LOPES (1940), entre nós, em 6 casos, utilizou a sulfapiridina, dos quais foram cinco os doentes curados; o restante melhorou consideravelmente, mas não foi seguido até a sua completa cura clínica.

GALVÃO PEIXOTO (1940) ensaiou o sulfatiazol, que é considerado "in vitro" mais ativo que a sulfanilamida pura e a sulfapiridina. O derivado tiazólico da sulfanilamida foi de grande eficácia nos casos que o empregou, excepto em dois com lesões fibrosas. As doses variam de 15 a 37 g., em uma, duas ou três séries. Não firmou definitivamente o critério das doses, visto que o material com que lidou era escasso.

CANIZARES & MORRIS (1941) aplicaram a sulfoguanidina no tratamento da inflamação retal, na dose de 24 g. (4 doses de 20)

6 g.), entre 7 a 47 dias. Em todos os doentes com proctite simples houve melhora. Não se dá o mesmo com a estenose fibrosa do reto, porém, é uma medida operatória para a intervenção cirúrgica.

OLIVEIRA & SODRÉ (1942) empregaram no tratamento das retites infiltrativas poradênicas a sulfanilamida pura e seus derivados: a sulfapiridina e a benzil-paraminofenilsulfanilamida. Utilizaram a via oral, administrando de 4 a 6 comprimidos diariamente, ou sejam de 1,2 a 6 g., conforme os comprimidos fossem de 0,30 a 0,50 g.. Nos casos de tolerância perfeita atingiram a mais de 100 comprimidos, durante um período de tratamento sem maiores complicações. Depois de um repouso de 9 a 15 dias, administraram novamente a sulfanilamida. Chegaram à conclusão de que a sulfanilamida, associada ao tratamento fisioterápico, cura clinicamente a maior parte dos casos de retites infiltrativas produzidas pelo vírus linfogranulomatoso.

KAMPMEIER & LARSEE (1942) trataram 3 casos de elefantíase genital de origem poradênica com sulfanilamida. Em dois houve notável melhora. A rápida melhora com a quimioterapia indica que a obstrução acarretada pela estase linfática resulta mais de uma condição inflamatória ativa do que uma obstrução cicatricial local dos linfáticos ou dos nódulos linfáticos regionais. Concluíram que a hipótese de STANNUS (1933) é correta, quando afirmou que a elefantíase resulta de um processo inflamatório ativo. Levaram ainda em consideração que o quadro histopatológico na elefantíase indica o sucesso ou não da terapêutica. No caso em que não tiveram melhora havia uma densa fibrose esclerosante do tecido conjuntivo subcutâneo, cuja resolução não foi bem sucedida pelo uso exclusivo da sulfanilamida. Diante desses fatos, um ponto importante é esclarecido para o cirurgião, mostrando que antes de qualquer intervenção cirúrgica na elefantíase poradênica, deve ser tentado um tratamento sulfanilamídico prolongado.

VILLELA ITIBIRÊ (1943) relata que nas fases iniciais da doença de Nicolas-Favre a sulfanilamida e o seu derivado tiazólico dão resultados satisfatórios. No início da moléstia, na fase septicêmica, aplicou o azo-derivado (Prontosil) em injeções intramusculares, ou então benzil-derivado (Soluseptazine) em injeções intravenosas. Dos produtos injetáveis também obteve sucesso com o Streptoclase (sulfanilamida) e o Anaseptil (sucinil-derivado). Habitualmente associou estas drogas injetáveis com o sulfatiazol por via oral, na dose de 3 a 4 g. diárias, num total de 20 a 40 g., de acordo com a tolerância. Se a doença já está em fase mais avançada, com retite estenosante etc., os resultados são praticamente nulos.

MAY (1943) prefere, para as retites, o tratamento combinado por via oral (2 g. diárias) durante 10 dias, com clisteres de retenção em solução a 1% (dose de 0,50 1 g. diariamente), durante o mesmo tempo. Repouso intercalado de 10 dias. Além disso não deixa de empregar os sais de antimônio, o sulfato de cobre amoniacal, o lugol, etc.

SILVA (1943) no seu completo trabalho sobre o tratamento clínico da moléstia de Nicolas-Favre, na fase do estreitamento retal e suas complicações, aconselha a sulfotiazolterapia. A escolha do medicamento foi dirigida pelo estudo dos produtos cuja ação podia constituir maior polivalência, melhor ataque aos germes intestinais e menor toxicidade. Diz que poucos autores pensaram na possibilidade de uma cura radical das ano-retites. Os que tentaram fazê-la, ora o fizeram com certa timidez (doses insuficientes, produtos pouco eficientes, tratamento descontínuo), ora fizeram um tratamento estritamente local. A via digestiva foi escolhida para a administração do sulfatiazol, porque o medicamento dado por esta via faz parar a secreção, desaparecer os sintomas funcionais e normalizar as fezes. Para aumentar a secreção bacteriana no foco retal, aplicou localmente o sulfatiazol em pó. O tratamento pela via oral deve ser sempre coadjuvado pelo tratamento tópico e ser administrado em sua primeira fase, chamada de ataque, tendo em conta o grau de concentração no sangue e a melhora clínica. Vencida a fase de supuração intensa, deve-se seguir um tratamento de consolidação, mantendo a concentração de 3 a 5 mg. por 100 cm³, até desaparecer os sintomas físicos e funcionais. O tratamento de ataque varia, geralmente, de 12 a 20 dias. A medicação deve obedecer a um horário em que não hajam intervalos maiores de 6 horas, mesmo durante a noite. Num período de 3 meses, com uma posologia de 100 comprimidos de 0,50 g., pode obter-se a cura, com o desaparecimento da sintomatologia física e funcional, aumento de peso e desintoxicação geral. Nos casos de associação microbiana, como estafilococcias, bacilos de Ducrey ou diplococos de Neisser, é aconselhável associar ao sulfatiazol, a sulfanilamida em pó, a ser aplicada em pulverizações locais. Não havendo uma prova definitiva em que se possa afirmar a cura da infecção poradênica, SILVA, criteriosamente, no que estamos de absoluto acordo, aconselha que o doente, ao menos uma vez por ano, se apresente ao médico, durante os cinco primeiros anos, para controle, sendo aconselhável, nessas ocasiões, repetir uma série de 50 comprimidos.

PERES (1943) descreve o seu processo de tratamento dos síndromos gênito-ano-retais por meio de injeções intersticiais de sulfanilamida. O tratamento foi tentado com alguns preparados sulfanilâmídicos. Primeiramente utilizou a sulfapiridina solúvel, em

dose inicial de 0,5 g., indo até 3 g. em única vez. Depois, para outros casos, empregou o sal sódico do ácido sulfamidico-sucínico, empregando por injeção 3 a 9 g.. No início do tratamento as injeções são muito dolorosas, pelo que teve necessidade de recorrer à novocaina, diluindo as soluções em água destilada e anestesia intratecal na 1.^a sessão do tratamento. As aplicações são feitas duas vezes por semana e com 6 a 8 sessões já há uma franca melhora. Em 30 mulheres obteve resultados satisfatórios com este método. Friza, enfim, que, no Hospital Morelos (Cidade do México), o uso do xilol, tratamentos endoscópicos, resecções intestinais, dilatações retais, colostomias temporárias e definitivas, etc., etc., foram utilizados, sem resolver a solução do problema ou trazer um alívio na triste e penosa condição dos doentes.

GRACE (1943) acredita que as sulfanilamidas causam a regressão da linfopatia venérea inguinal, supurativa ou não supurativa, dentro de um período aproximado de 5 semanas. A posologia indicada por esse autor, para o sulfatiazol, é de 1,5 g. três vezes ao dia durante 3 semanas e 1 g. três vezes ao dia durante outras tantas semanas. A manifestação da doença anorectal que responde mais satisfatoriamente à sulfanilamidoterapia é a proctite, sendo que os casos sem estreitamento podem curar-se facilmente. As proctites crônicas com estreitamento exigem pelo menos 1 ano de terapêutica sulfanilamídica, com períodos de descanso de 2 a 3 semanas entre cada série de medicação. Insiste que a cirurgia deve ser precedida ou continuada com a sulfotiazolterapia. A estenose fibrosa não é influenciada por nenhuma forma de tratamento; na ausência de proctite, a luz do canal retal deve ser alargada pelo uso de dilatadores. O número de casos em que a colostomia foi necessária para aliviar os sintomas funcionais foi relativamente pequeno (18,9 %).

CORDERO & HERRERA (1944), como tratamento de três casos de endurecimento plástico dos corpos cavernosos, com a reação de Frei positiva, utilizaram o sulfatiazol e num caso recorreram ao tártaro emético. Não obtiveram nenhuma melhora, tendo o processo se mantido da mesma forma.

4. *Imuno-sulfanilamidoterapia.* — PRATZ (1940) tratou 30 casos de moléstia de Nicolas-Favre, sendo 16 exclusivamente com produtos sulfanilamídicos (para-amino-fenil-sulfamida, 4 aminobenzosulfonamida e benzolsulfon-dimetilamida) e nos outros 12 doentes associou à sulfanilamida (para-amino-fenil-sulfamida) a antigenoterapia intravenosa (pús de bubão, tindalizado e fenicado, doses crescentes). Nos doentes em que fez o tratamento unicamente com os preparados sulfanilamídicos teve os seguintes resultados: sucesso, 56%; sucesso relativo, 13% fracasso, 31%; duração do tratamento (média), 30 dias. Com o tratamento com-

binado (antígeno + sulfanilamida) os resultados foram bem melhores: sucessos, 92%; sucessos relativos, 7%; duração do tratamento, 19 dias.

A opinião de GRACE (1943) é que a proctite linfogranulomatosa deve ser tratada alternadamente por sulfanilamida (preferentemente o sulfatiazol) e vírus inativado. Estes devem ser derivados de culturas em tecido de embrião de galinha em desenvolvimento e administrados intravenosamente. GRACE esclarece que os preparados provenientes de cultura de tecido fornecem alta concentração de vírus, sendo praticamente uma suspensão pura e revelam a sua potência até uma diluição a 1/750; além do mais, são muito superiores aos preparados feitos com antígeno de origem humana ou originários de cérebro de macaco ou camundongo.

VIEIRA DA ROCHA (1944) associou a sulfanilamidoterapia com a autohemoterapia peri e intraganglionar, aproveitando, nessa associação, a ação virostática do para-sulfamido-fenil-azo-salicilato de potássio (Lutazol, Corpo G 33) e a presença de substâncias viricidas existentes no sangue dos doentes. O seu processo consiste em primeiramente ministrar o Lutazol, esperando que haja um máximo ótimo de concentração no sangue dos doentes e somente então pratica a autohemoterapia *in loco dolentio*. No primeiro dia costuma dar 8 comprimidos (4,80 g.) em 4 vezes, no segundo dia 6 comprimidos em três vezes, praticando depois a autohemoterapia. Continua o tratamento recomendando 4 comprimidos diários tomados um de cada vez. Pratica tantas injeções de sangue quantas sejam necessárias, até a cura. Normalmente faz 4 injeções, de 3 em 3 dias. O volume de sangue injetado varia de 3 cm³ a 10 cm³, sendo a quantidade mais empregada de 5 cm³. Os resultados, na expressão do autor, são magníficos.

* * *

A experiência clínica mostra-nos que, em numerosos casos, a infecção poradênica evolue de maneira tórpida e recidivante, fracassando a maioria das medicações; em certos casos, contrariamente, a infecção é benigna e a regressão da adenopatia é fácil. Na moléstia de Nicolas-Favre é ainda grande a influência da reação orgânica individual, sobretudo para o lado da terapêutica.

Nessas condições, entrando aqueles fatores em jogo e também a virulência do vírus, aconselhamos a preferência pelos tratamentos associados. Assim, num caso de adenite inguinal poradênica, lançar mão do sulfatiazol e aplicar localmente a autohemoterapia ou soroterapia intraganglionar. Para o estoque de soro, sangrar os doentes na fase aguda da infecção, preferencialmente na 2.ª e 3.ª semana, em que os anticorpos viricidas são mais abundantes na corrente sanguínea. No período de repouso entre

uma série e outra de sulfanilamida, iniciar a antígenoterapia intravenosa. O inverso poderá ser feito, isto é, começar com a antígenoterapia e depois passar para a sulfanilamidoterapia. Caso não se disponha de quantidade suficiente de antígeno e o doente não possa usar preparados sulfanilamídicos, o clínico voltará as suas vistas para os preparados anioniais (Fuadina, Anthiomaline) ou para o iodeto de sódio intravenoso. A roentgenterapia tem a sua indicação como tratamento precoce da adenopatia, antes de haver fistulização. As irradiações serão feitas na base de 130 a 140 r., para cada aplicação, filtradas em 3 mm. Al., com três a cinco dias de intervalo. Naturalmente que estas indicações são gerais, devendo cada médico orientar o tratamento dos seus casos, conforme melhor lhe parecer, de acordo com a evolução e localização da moléstia e sensibilidade de cada doente para um determinado tratamento.

A exereze parcial ou total de gânglios supurados não é aconselhável, devendo-se apenas praticar a punção esvaziadora de bubões que tendem à supuração. Nas retites crônicas esteno-proliferantes, antes de qualquer intervenção cirúrgica, deve-se tentar o tratamento clínico. Só quando falham os métodos conservadores é apregoada a sua indicação. Se o doente apresenta grandes deformações anatômicas, acarretando perturbações funcionais sem correção, é evidente que somente os recursos mais enérgicos poderão salvar a vida do doente que periga, não por ação direta do vírus, mas pelas complicações que podem sobrevir. Estes são os casos em que realmente há indicação da intervenção operatória. Devemos, num parêntese, esclarecer que não cerramos fileiras entre os não intervencionistas por princípio. Também não pertencemos ao rol daqueles que afirmam: ... "Só há um tratamento útil: a extirpação do trato intestinal infectado", ou dos que se batem com a resolução do problema seria o anus ilíaco ou sigmoidiano. É oportuno repetir as palavras com que um cirurgião (NEY DE ALMEIDA, 1944) iniciou seu trabalho de recente publicação: "Compreendemos a linfopatia venérea como u'a moléstia geral, sendo a forma retal apenas uma localização, comportando pois um tratamento médico (terapêutica específica inexistente) e o tratamento cirúrgico em face das lesões retais, que não sejam de caráter regressivo. Assim pensando não devemos opor o tratamento médico ao cirúrgico e vice-versa, mas combinando os dois em proveito do paciente".

De tudo que foi resumido ou exposto, em face de qualquer caso clínico de moléstia de Nicolas-Favre, as seguintes noções básicas não devem ser esquecidas por todo médico:

1.º — Ter sempre em mente que a linfopatia venérea é uma doença geral do organismo, produzida por um vírus que, na maior parte dos casos, produz uma adenolinfocelulite das regiões correspondentes à sua provável

porta de entrada; entretanto outros sistemas do organismo poderão ser gravemente atingidos.

2.º — Estender a noção de tratamento precoce, sendo necessário despistar as formas iniciais.

3.º — Os doentes de linfopatia venérea não podem ficar sem tratamento. A regularidade e a continuidade do tratamento são condições essenciais para jugular a infecção e, portanto, indispensáveis para limitar a extensão do processo.

4.º — Não existe, no estado atual dos nossos conhecimentos, uma prova cabal da cura da infecção linfogranulomatosa. Os doentes até aqui têm tido alta "em cura clínica aparente". Consequentemente os poradênicos deverão efetuar tratamentos de consolidação, como se apresentar para exame clínico e laboratorial pelo menos uma vez por ano, durante os cinco primeiros anos; nessas ocasiões deverão fazer um tratamento sulfamidico ou outro que futuramente possa substituí-lo com vantagem.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — ALKALAJ, N. A. — *Zentralblatt d. Haut. u. Gesch. Krank.* 41:129. 1932.
- 2 — ALMEIDA, N. — *Hospital* 25:141. 1944.
- 3 — ALVES MEIRA, J. — *Rev. Paul. Med.* 23:128. 1943.
- 4 — AMATO, G. — *Gazeta Clínica* 39:217. 1941.
- 5 — ANCONA LOPES, A. — *Publ. Médicas* 11:13. 1940.
- 6 — AZULAY, R. D. — *Rev. Flum. Med.* 8:7. 1943.
- 7 — BACON, H. F. — Anus-Reto; Colon Sigmóide. Diagnóstico e tratamento. Livr. Freitas Bastos, Rio de Janeiro, 1941.
- 8 — BAER, F. — *Zentralblatt f. Bakter.* 129:236. 1938.
- 9 — BENSAUDE, R. & LAMBLING, R. — *Paris Med.* 83:3161. 1932.
- 10 — BENSAUDE, R. & LAMBLING, R. — XLIII Cingrès de Chirurgie de Paris, ed. Masson & Cie., Paris, 1934.
- 11 — BORJAS & VEGAS — citados por Rodriguez Dias (135).
- 12 — BORY, L. — *Bull. Soc. Franc. Derm. Syph.* 28:451. 1921.
- 13 — CAFFÉ, L. & FULGA, C. — *Bull. Soc. Med. Hôsp. Bucarest* 14:501-1932.
- 14 — CALLOMON, F. S. & BROWN, H. — citados por Parreiras Horta (113).
- 15 — CAÑIZARES, O. & MORRIS, G. E. — *Arch. Derm. Syph.* 44:873. 1941.
- 16 — CAYRES DE BRITO, N. — *Bol. Soc. Med. S. Lucas* 3:182. 1942.
- 17 — CERRUTI, P. & PAVANATI, E. — Linfogranulomatosi inguinali benigna. Ed. Minerva S.A., Turim, 1938.
- 18 — CHIARINO, A. — citado por May (89).
- 19 — CLEMENT SIMON, BRALET & DUGRENOT — citados por Rodriguez Dias (135).
- 20 — CORDERO, A. A. & HERRERA, J. A. — *Rev. Arg. Dermatosisif.* 29:89. 1944.
- 21 — COTRIM, E. — *Arq. Cir. Cl. Exp.* 2:47. 1938.
- 22 — COTRIM, E. — *Arq. Cir. Cl. Exp.* 3:95 (supl.). 1939.
- 23 — COUTTS, W. — *Resumo no Bol. Of. San. Panamer.* 16:659. 1937.
- 24 — COUTTS, W. & OPASO — citados por May (89).
- 25 — DANIELOPOLU & NICOLAU — citados por Silva (146).

- 26 — DIMITRIU, V. & STOIA, J. — Les rectites infiltratives, 1933. Citados por Silva (146).
- 27 — DURAND, M.; NICOLAS, J. & FAVRE, M. — *Bull. Soc. Med. Hôsp.* 35:274.1913.
- 28 — FINDLAY, G. M. — *Lancet* 2:11.1932.
- 29 — FINDLAY, G. M. — *Proc. Roy. Soc.* 29:1449.36.
- 30 — FINOCCHIAIO, F. & JAVARONE, N. — *Anais Paul. Med. Cir.* 41:513.1941.
- 31 — FONTANA, citado por May (89).
- 32 — FRANCHI — citado por Rodriguez Dias (135).
- 33 — FRAUCHINGER — citado por Levaditi (71).
- 34 — FREI, W. — *Klin. Wschr.* 4:2148.1925.
- 35 — FREI, W. & HOFFMANN, H. — *Arch. f. Derm. u. Syph.* 153:179.1927.
- 36 — FREI, W. & KOPPEL, A. — *Klin. Wschr.* 49:2331.1938.
- 37 — FUNAKAWA — citado por May (89) e Mota (99).
- 38 — GAY PRIETO, J. — La linfogranulomatose sub-aguda benigna (enf. de Nicolas-Favre). Ed. Javier Morata, Madrid, 1932.
- 39 — GAY PRIETO & VILAFUERTE — *Actas Dermosif.* 22:166.1929.
- 40 — GJURIK — *Münch. Med. Wschr.* 85:355.1938.
- 41 — GRACE, A. W. — *Arch. Derm. Syph.* 30:823.1934.
- 42 — GRACE, A. W. — *J. A. M. A.* 122:74.1943.
- 43 — GREENBLATT, R. B. & BRANDT, R. — *Amer. Jour. Syph. Gon. Ven. Dis.* 25:751.1941.
- 44 — GREGORIO, E. — *Rev. Arg. Dermatosif.* 23:67.1939.
- 45 — HECHT, H. — *Wien. Klink. Wschr.* 48:1389.1935.
- 46 — HELLERSTRÖM, S. — *Acta Derm. venereol.* (Estocolmo), sup. I, 5:224.1929.
- 47 — HELLERSTRÖM, S. & WASSEN, E. — VIII Cong. Intern. Derm. Sif., Copenhagen, agosto de 1930, págs. 5-9.
- 48 — HELLERSTRÖM, S. & WASSEN, E. — *C. R. Soc. Biol.* 106:802.1931.
- 49 — HELLERSTRÖM, S. & WASSEN, E. — *Bull. Off. Inst. Hyg. Publ.* 27:488.1935.
- 50 — HURTWITZ — *Zentralblatt f. Haut. u. Gesch. Krank.* 39:585.1931.
- 51 — ISHIMITSU, K. — *Jap. Jour. Exp. Med.* 14:391.1936.
- 52 — ISHIMITSU, K. — *Jap. Jour. Exp. Med.* 15:185.1937.
- 53 — JARAMILLO ARANGO, A. — Resumo no *Bol. Of. San. Panamer.* 20:1059.1941.
- 54 — JERSILD, O. — *Ann. Dermat.* 1:62.1920.
- 55 — JERSILD, O. — *Ann. Dermat.* 2:433.1921.
- 56 — JERSILD, O. — *Bull. Soc. Franc. Derm. Syph.* 38:537.1931.
- 57 — JONESCO-MIHAESTI, C.; TUPA, A.; BADENSKI, G. & WISNER, B. — *Bull. Acad. Med.* 109:652.1932.
- 58 — KAMPMEIER, R. J. & LARSEN, R. M. — *Amer. Jour. Syph. Gon. Ven. Dis.* 26:316.1942.
- 59 — KITAGAWA — citada por May (89) e Mota (99).
- 60 — KLEEBOERG, L. — *Derm. Wschr.* 91:1376.1930.
- 61 — KNOTT, L. W. — *Amer. Jour. Syph. Gon. Ven. Dis.* 27:657.19943.
- 62 — KOLMER, J. A. — *Clinical Diagnosis by Laboratory Examinations.* Ed. Appleton Century Co., 1943, New York.

- 63 — KOPPEL, A. — *Klin. Wschr.* 52:2479.1921.
64 — LACAZ, C. S. — *Folia Clin. et Biol.* 11:1.1939.
65 — LACAZ, C. S. — *Rev. Med. C. A. O. C.* 25:59.1941.
66 — LACAZ, C. S. — *Rev. Med. C. A. O. C.* 26:45.1942.
67 — LACAZ, C. S. & SIQUEIRA, A. — Comunicação feita à Soc. Médica São Lucas em dezembro de 1943.
68 — L'EPINAY, GRAVIN & BONON — *Ann. Med. Ven.* 10:585.1938.
69 — LEVADITI, C. — *C. R. Soc. Biol.* 127:858.1938.
70 — LEVADITI, C. — *C. R. Soc. Biol.* 128:138.1938.
71 — LEVADITI, C. & colaboradores — Les ultravirus des maladies humaines. Ed. Lib. Maloine, Paris, 1938, II vol..
72 — LEVADITI, C. & LEVADITI, J. — *Bull. Acad. Med.* 111:796.1934.
73 — LEVADITI, C.; RAVAUT, P.; LEPINE, P. & SCHOEN, R. — *Ann. Inst. Pasteur* 48:27.1932.
74 — LEVADITI, C.; RAVAUT, P.; LEPINE, P. & SCHOEN, R. — *C. R. Soc. Biol.* 109:285.1932.
75 — LEVADITI, C. RAVAUT, P.; LEPINE, P. & SCHOEN, R.; *C. R. Soc. Biol.* 109:1267.1932.
76 — LEVADITI, J.; MARIE, A. & LEPIN, C. — *C. R. Soc. Biol.* 107:1496.1931
77 — LEVADITI, J. & MOLLARET, P.; *C. R. Soc. Biol.* 115:107.1934.
78 — LEVY-VALENSE & DE SEZE, S. — *Resumo em Publ. Medicas* 108:51. 1939.
79 — LOFORTE — *Med. Cir. Farm.* 29:95.1938.
80 — LÖHE, H. & ROSENFELD, H. — *Med. Klinik* 28:1486.1932.
81 — MAISLER — Tese, Paris, 1933. Citado por Levaditi (71).
82 — MARTIN LAGOS, F. — *Med. Española* 6:623.1943.
83 — MARTZ, H. & FOOTE, M. N. — *J. A. M. A.* 114:1041.1940.
84 — MAUAD, M. J. — *Therapia* 1:43.1939.
85 — MAURO, E. — *Folia Cl. et Biol.* 10:64.1938.
86 — MAURO, E. — *Arq. Derm. Sif. São Paulo* 3:112.1939.
87 — MAY, J. — *Rev. Arg. Dermatosif.* 23:99.1939.
88 — MAY, J. — Poradenolinfitis. Enfermedad de Nicolas-Favre. Linfogránulomatosis venerea. Ed. "El Siglo Ilustrado", Montevideu, 1940.
89 — MAY, J. — Poradenolinfitis o enfermedad de Nicolas-Favre o Linfogránulomatosis vesera. Ed. "El Siglo Ilustrado", Montevideu, 1943.
90 — MAY, J. — *Rev. Arg. Dermatosif.* 26:513.1943.
91 — MAY, GLORIA — citada por May (89).
92 — MC KEE, C. M.; RAKE, G. & SHAFFER, M. F. — *Proc. Exp. Biol. Med.* 44:410.1940.
93 — MIDANA, A. — *Giorn. It. Derm.* 75:1743.1934.
94 — MIDANA, A. — *Giorn. It. Derm.* 76:1091.1935.
95 — MIDANA, A. — *Dermatológica* 82:339.1940.
96 — MIDANA, A. & VARCELINO, L. — *Bull. Soc. Franc. Derm. Syph.* 41:161.1934.
97 — MINGOJA, Q. — Quimioterapia antibacteriana. Ed. O. G. H. Schlaga & Cia. São Paulo, 1941.
98 — MONTEL, L. R. & NGUYEN VAN THO — *Bull. Soc. Franc. Derm. Syph.* 4:652.1938.
99 — MOTA, J. — *Anais Bras. Derm. Sif.* 17:214.1942.

- 100 — MOTA, J. — *Anais Bras. Derm. Sif.* 18:241.1943.
101 — MYIAGAWA, Y.; MITAMURA, T.; YAOI, H.; ISHII, N. & OKANISHI, J. — *Jap. Jour. Ex. Med.* 13:1.1935.
102 — MYIAGAWA, Y.; MITAMURA, T.; YAOI, H.; ISHII, N. & OKANISHI, J. — *Jap. Jour. Exp. Med.* 13:331.1935.
103 — MYIAGAWA, Y.; MITAMURA, T.; YAOI, H.; ISHII, N. & OKANISHI, J. — *Jap. Jour. Exp. Med.* 13:723.1935.
104 — MYIAGAWA, Y.; MITAMURA, T.; YAOI, H.; ISHII, N. & OKANISHI, J. — *Jap. Jour. Exp. Med.* 13:733.1935.
105 — MYIAGAWA, Y.; MITAMURA, T.; YAOI, H.; ISHII, N. & OKANISHI, J. — *Jap. Jour. Exp. Med.* 13:739.1935.
106 — MYIAGAWA, Y.; MITAMURA, T.; YAOI, H.; ISHII, N. & OKANISHI, J. — *Jap. Jour. Exp. Med.* 14:197.1936.
107 — MYIAGAWA, Y.; MITAMURA, T.; YAOI, H.; ISHII, N. & OKANISHI, J. — *Jap. Jour. Exp. Med.* 14:221.1936.
108 — MYIAGAWA, Y.; MITAMURA, T.; YAOI, H.; ISHII, N. & OKANISHI, J. — GOTO, T. N SHMIZY, S. — *Jap. Med. Exp. Med.* 14:207.1936.
109 — NICOLAS, J. & FAVRE, M. — *Maladie de Nicolas-Favre. Poradéno-lymphite suppurée. Lymphogranulomatose inguinale subaigue d'origine génitale et vénérienne. Nouvelle Pratique Dermatologique.* Tome IV, págs. 477-504, Masson & Cie., Paris. 1936.
110 — NICOLAU, S. & BANCUI, A. — *Ann. Derm.* 3:332.1932.
111 — OLIVEIRA, E. & SODRÉ, H. — *Arch. Biol.* 26:157.1942.
112 — ORIA, J. & ALMEIDA, F. — *Arq. Cir. Cl. Exp.* 3:463.1939.
113 — PARREIRAS HORTA — *Brasil Médico* 58:80.1944.
114 — PEIXOTO, P. G. — *Anais Bras. Derm. Sif.* 16:47.1940.
115 — PEREZ, J. A. — *Bol. Dep. Salubr. Publ. (Mexico)* 6:337.1943.
116 — PERRUCIO, L. & DESANA, G. — *Riforma Medica* 24:51.1935.
117 — PERYASSÚ, D. — *Brasil Medico* 53:309.1939.
118 — PHYLACTOS, A. — *Lymphogranulomatose des ganglions inguinaux.* These de Lyon, 1922. Citado por Nicolas & Favre (109).
119 — PRATZ, F. — *Rev. Arg. Dermatosisif.* 23:513.1939.
120 — PRATZ, F. & VAISMAN, B. — *Anais Bras. Derm. Sif.* 18:205.1943.
121 — RABELO, Eduardo — citado por Vieira da Rocha (160).
122 — RABELO JUNIOR — *Folha Médica* 16:549.1935.
123 — RABELO JUNIOR — *Anais Bras. Derm. Sif.* 11:38.1936.
124 — RABELO JUNIOR & CERQUEIRA LUZ — *Anais Bras. Derm. Sif.* 13:158.1938.
125 — RAKE, G. & JONES, H. — *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.* 53:86.1943.
126 — RAKE, G.; MC KEE, C. M. & SHFFER, M. F. — *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.* 43:33.1940.
127 — RAMOS e SILVA, J. — *Acta Médica* 2:311.1938.
128 — RAMOS e SILVA, J. — *Acta Médica* 2:311.1938.
129 — RAMOS e SILVA, J. & CASTRO BARROSA, P. — *Anais Bras. Derm. Sif.* 18:241.1943.
130 — RAVAUT; BOULIN & RABEAU — *Ann. Derm. Syph.* 5:463.1924.
131 — RAVAUT, P.; LEVADITI, D. & MAISLER — *Bull. Soc. Franc. Derm. Syph.* 39:1262.1932.
132 — RIVEIRO — citado por May (89).
133 — RODANICHE, E. C. — *Jour. Inf. Dis.* 73:173.1943.

- 134 — RODANICHE, E. C. & colaboradores — Resumo no *Bol. Of. San. Panamer.* 20:387.1941.
- 135 — RODRIGUEZ DIAS, L. H. — *Bol. de los Hospitales* (Caracas 40(3):1.1941.
- 136 — RODRIGUEZ DIAS, L. H. — *Bol. de los Hospitales* (Caracas 40(4)15.1941.
- 137 — SALLES GOMES, L. — *Brasil Médico* 54:777.1940.
- 138 — SALLES GOMES, L. — *Rev. Inst. Adolfo Lutz* 3:20.1943.
- 139 — SALLES GOMES, L. & BRITO SILVA, M. — *Rev. Inst. Adolfo Lutz* 2:212.1942.
- 140 — SALLES GOMES, L. & BRITO SILVA, M. — *Rev. Inst. Adolfo Lutz* 3:25.1943.
- 141 — SALLES GOMES, L. & MAGALDI JORDÃO, F. B. — *Rev. Inst. Adolfo Lutz* 2:3.1942.
- 142 — SENNA e SILVA, G. — *Med. Farm. Cir.* 32:237.1938.
- 143 — SEZARY, M. A. — *Bull. Soc. Franc. Derm. Syph.* 8:1671.1938.
- 144 — SHAFER, M. F.; RAKE, G. & GRACE, A. W. — *Amer. Jour. Syph. Gon. Ven. Dis.* 26:316.1942.
- 145 — SHAFER, M. F.; RAKE, G.; GRACE, A. W.; MC KEE, C. M. & JONES, H. P. — *Amer. Jour. Syph. Gonor. Ven. Dis.* 25:699.1941.
- 146 — SILVA, HÉLIO — *Rev. Med. Cir. Brasil* 51:345.1943.
- 147 — SONCK, C. E. — citado por Van Rooyen & Rhodes (153).
- 148 — STANNUS — *A Sixth Venereal Disease*; ed. Ballière & Tindall, Londres, 1933. Citado por Kammeier & Larsen (58) e Van Rooyen & Rhodes (153).
- 149 — TIBIRIÇA, P. Q. T. — *Anais Paul. Med. Cir.* 37:1.1939.
- 150 — TOLEDO, P. A. — *Anais Paul. Med. Cir.* 37:1.1939.
- 151 — TOURRAIN, A.; SAMBRON, J. & GAUTIER, J. — *Bull. Soc. Franc. Derm. Syph.* 34:690.1936.
- 152 — URIBE ESCOBAR, G. — Resumo no *Bol. Of. San. Panamer.* 16:47.1940.
- 153 — VAN ROOYEN, C. E. & RHODES, A. J. — *Virus disease of man.* Oxford Med. Publ., London, 1940.
- 154 — VASCONCELOS, E. — *Bol. Soc. Med. Cir. São Paulo* 21:57.1937.
- 155 — VASCONCELOS, E. — *Arq. Cir. Cl. Exp.* 3:19.1939.
- 156 — VASCONCELOS, F. & ALCÂNTARA MADEIRA, J. — *Rev. Cl. São Paulo* 4:213.1938.
- 157 — VAZQUEZ BARRIERE — citado por May (89).
- 158 — VAZQUEZ BARRIERE & MAY — citados por May (89).
- 159 — VIDELA & CAPUTO — citados por May (89).
- 160 — VIEIRA DA ROCHA, R. — *Med. Cir. Farm.* 96:167.1944.
- 161 — VIEIRA DE MACEDO, J. — *Arq. Hig. Saude Públ. S. Paulo* 3:41.1938.
- 162 — VILLELA ITIBERÊ, D. — *Rev. Paul. Med.* 23:216.1943.
- 163 — VON HAAM, EMMERICH & D'AUNOY — Resumo no *Bol. Of. San. Panamer.* 16:659.1937.
- 164 — WEISSENBAACH, R. J.; BOCAGE, A. & TERMINE, T. — *Bull. Soc. Franc. Derm. Siph.* 11:1669.1938.
- 165 — WHITTAKER, N. — *Lancet* 2:1133.1931.
- 166 — WIEN, M. S. & PETERSTEIN, M. O. — Resumo no *Bol. Of. San. Panamer.* 16:661.1937.
- 167 — WOLF, J. & SULZBERGER, M. B. — *Brit. Jour. Derm.* 44:142.1932.

Endereço: Rua Junqueira, 555 — Caixa Postal, 177
Poços de Caldas (Sul de Minas)

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo

Segundo Congresso Médico Paulista

Em comemoração do cinquentário de sua fundação. — Realizou-se de 1 a 7 de março de 1945, o 2.º Congresso Médico Paulista, de acôrdo com os Estatutos e Regimento Interno da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo.

A Comissão de Honra foi assim constituída:

Presidente: Dr. José Aires Neto;
Membros: Prof. Dr. Carlos Gama, Prof. Dr. Eduardo Monteiro, Dr. Raul Vieira de Carvalho, Prof. Dr. Franklin de Moura Campos, Dr. J. A. de Mesquita Sampaio, Dr. Roberto Oliva; Secretários: Dr. Pedro Aires Neto; Secretários: Dr. Francisco Cerruti, Dr. Geraldo Vicente de Azevedo, Dr. Vasco Ferraz Costa; Tesoureiro: Dr. Oscar Cintra Gordinho.

Comissão Social e de Propaganda:

Presidente: Dr. José Dutra de Oliveira; Membros: Dra. Carmen

Escobar Pires, Drs. Jorge Queiroz de Moraes, Edgard Braga, Francisco Pompeu do Amaral, Pedro Monteleone, Al Cicarini, Paulo de Castro Corrêa.

A realização do Congresso obedeceu ao seguinte programa:

Dia 1.º às 16 e 17 horas, respectivamente, visitas de cortesia aos Exmos. Srs. Interventor Federal e Prefeito Municipal.

As 21 horas, Sessão solene de abertura do Congresso, na Faculdade de Direito de São Paulo.

Durante o dia, processou-se o recebimento e entrega de cartões de identidade, aos Congressistas.

Dia 2 — As 8 horas, visita à Santa Casa de São Paulo, incluindo o Pavilhão "Fernandinho Simonsen".

As 9,30, no Salão "Conde de Lara", o tema oficial — "Hipertensão Arterial", relatado pelo



Laboratório de HORMOTHERAPIA

Aché

ESCRITÓRIO EM S. PAULO — TEL.: 4-6462

Rua Xavier de Toledo, 84-4.º

Hormostricnino Masculino

Solução de 0,001 miligrama de sulfato de stricnina em 1 c.c. de Soro Hormônico Masculino.

Hormostricnino Feminino

Solução de 0,001 miligrama de sulfato de stricnina em 1 c.c. de Soro Hormônico Feminino.

Indicado nas astenias e nas fraquezas medulares, esgotamento nervoso, fadiga intelectual, etc.

Doses: UMA EMPOLA DIARIAMENTE OU EM DIAS ALTERNADOS

prof. Dr. Aluísio de Castro e Dr. J. A. Mesquita Sampaio, sob a presidência do Dr. Synesio Rangel Pestana, e secretariada pelo Dr. Pedro Ayres Netto.

As 15 horas, visita ao Instituto Labofarma, onde se realizou uma sessão científica no salão do mesmo Instituto. Foram os seguintes os trabalhos inscritos:

- 1) Prof. Dr. Carlo Foá: "Pesquisas de oncologia experimental".
- 2) Prof. Dr. J. Barbosa Corrêa: "Importância da medicina psicossomática em cardiologia".
- 3) Dr. Bernardino Tranchesi: "Gravidez e coração".
- 4) Dr. Eça Pires de Mesquita: "Vitamina A no plasma".
- 5) Drs. Carlos de Oliveira Bastos e Silvio Carvalhaes: "Cirroes biliares".

6) Prof. Dr. J. Barbosa Corrêa: "Tratamento racional das anemias hipercrônicas".

As 20 horas e 30', reuniões científicas em vários locais com a apresentação dos seguintes temas:

Temas de Endocrinologia:

- 1) Prof. Dr. Mário Luiz de Finis: "Tireóide e Diabetes".
- 2) Drs. J. A. de Mesquita Sampaio e José de Paula e Silva: "Contribuição para o estudo do hemograma e do mielograma no hipopituitarismo".
- 3) Drs. Gonzalez Torres e H. Carlos Kvrillos: "Endocrinopatias escolares em São Paulo".
- 4) Dr. Aldo Bruno de Finis: "Deficiências genitais de origem hipofisária".
- 5) Drs. Armando Sampaio de Rezende e Dieter Koch-Weser: "Hipoplasia genital masculina de caráter familiar".
- 6) Drs. J. A. de Mesquita Sampaio e José de Paula e Silva: "Estudo crítico da prova de Viggo-Schmidt em 236 casos".
- 7) Drs. Cassio Salles Cunha, Heinz Weber e L. G. da Rocha Azevedo: "Osteoporose em amenorréia primária com hipoplasia

genital, consideração sobre um caso".

8) Drs. J. M. Taques Bitencourt e Gustavo Friosse: "Considerações sobre as perturbações nervosas do diabetes mellitus".

Temas de Ortopedia e Traumatologia:

- 1) Prof. Dr. Domingues Defini: "Fratura luxação do osso ilíaco".
- 2) Dr. Renato da Costa Bonfim: "A técnica de Putti para o aparafusamento das fraturas do colo do fêmur".
- 3) Drs. M. O. Roxo Nobre e Orlado Pinto de Souza: "Tratamento radioterápico dos tumores ósseos de células gigantes".
- 4) Dr. Orlando Graner: "Reconstituição do dedo indicador da mão por transplante de um artelho".
- 5) Dr. Marino Lazzareschi: "Mecanismo e aspecto radiológico da epifisiólise femural".
- 6) Exibição de filme sobre cirurgia reconstrutora".

Temas de Dermatologia e Sifilografia:

- 1) Prof. Dr. Mário Arton e Dr. Humberto Cerruti: "Os adenomas simétricos do rosto".
- 2) Prof. Dr. Carlo Foá, Drs. Mendes de Castro e Octavio de Almeida: "A fluorescência nas moléstias cutâneas".
- 3) Dr. J. Alcantara Madeira: "Novos rumos na terapêutica da sífilis".
- 4) Prof. Dr. Mário Arton e Dr. Humberto Cerruti: "Distrofia colágena liquinóide".
- 5) Dr. Rui Piazza: "Aspectos da sífilis em São Paulo".
- 6) Dr. J. Alcantara Madeira: "Tratamento da Leishmaniose tegumentar americana pela arsenioterapia maciça em 5 dias (arsênóx)".
- 7) Dr. Humberto Cerruti: "A intradermo — reação de Montenegro em face das cicatrizes inespecíficas e específicas nos leishmanióticos".

8) Dr. Sebastião Almeida Prado: "Considerações sobre a profilaxia das moléstias venéreas".

Temas de Reumatismo:

1) Drs. Marcello Lucchesi e Oswaldo Lucchesi: "Artrite reumatóide na raça negra".

2) Drs. Marcello Lucchesi, Oswaldo Lucchesi e Silvio Bailone: "Análise e interpretação da reação de Weltmann na artrite reumatóide".

3) Drs. Marcello Lucchesi, Oswaldo Lucchesi e Marcello Pio da Silva: "O mielograma na artrite reumatóide".

4) Drs. Marcello Lucchesi, Oswaldo Lucchesi e Carlos D'Andretta J.: "O quimismo gástrico na artrite reumatóide".

5) Drs. Marcello Lucchesi, Oswaldo Lucchesi e Horacio Kneese de Melo: "O coração na artrite reumatóide". Estudos clínicos roentgenofotográfico e eletrocardiográfico de 50 casos".

6) Drs. Marcello Lucchesi e Oswaldo Lucchesi: "Estudo clínico dos nódulos reumáticos sub-cutâneos da artrite reumatóide".

7) Drs. Marcello Lucchesi e Oswaldo Lucchesi: "O significado real do nódulo reumático sub-cutâneo na artrite reumatóide".

8) Drs. Marcello Lucchesi e Oswaldo Lucchesi: "Artrite reumatóide e gravidez".

9) Drs. Marcello Lucchesi e Oswaldo Lucchesi: "Tratamento das fibrosites primárias pelas ventosas secas". Estatísticas sobre 62 casos.

Temas de Ginecologia e Obstetrícia:

1) Prof. Dr. José Medina e Dr. José Galucci: "Carcinoma do ovário e prenhez à termo".

2) Dra. Carmem Escobar Pires: "Estruma do ovário".

3) Prof. Dr. José Medina e Dr. Arthur Wolff Netto: "Adenoacantoma do útero".

4) Drs. Sylla Mattos, João Ferreira e Delfino Viana: "Teratoma complicado (na infância)".

5) Drs. João Amorim, Oswaldo Lacreta e Luciano Embriazzi: "Nó verdadeiro do cordão umbelical".

Dia 3 às 21 horas, deu-se a instalação solene das reuniões de Oftalmologia, sob a presidência do Dr. Francisco Belgeri, com o seguinte tema oficial: "**Glaucomas**".

A seguir foram expostos os subtemas:

1) Dr. Flaminio Vidal: "Oftalmotonus e suas variações".

2) Dr. Silvio de Abreu Fialho: "Alterações normais da tensão ocular".

Dia 4, à noite, em sessão conjunta em Campinas, do Instituto "Penido Burnier", Sociedade de Medicina de Campinas e Congresso de Oftalmologia, foram discutidos os seguintes trabalhos:

1) Dr. Penido Burnier Filho: "Relatividade dos valores da tensão ocular, como causa de alterações oculares".

2) Dr. Antonio de Almeida: "Hipotonias oculares, suas causas e efeitos".

3) Dr. Ciro de Rezende: "Hipertonias oculares, suas causas e efeitos".

4) Dr. Renato de Toledo: "Métodos propedêuticos para o diagnóstico do glaucoma".

5) Prof. Dr. Hilton Rocha: "Gonioscopia e Glaucoma".

Dia 5, às 8 horas, no Instituto "Oscar Freire", (Faculdade de Medicina foi discutido o tema oficial, **Assistência Hospitalar**, sendo relatores os Profs. Drs. Benedito Montenegro e F. Godoy Moreira.

Trabalhos inscritos:

1) Dr. Antonio Gama Rodrigues: "O problema hospitalar no interior do Estado de São Paulo".

2) Drs. Rui Piazza e Francisco Corain: "Alguns aspectos do problema hospitalar no Estado de São Paulo".

As 20 horas e 30', foram realizadas conferências sobre temas de:

Cirurgia, com os seguintes trabalhos inscritos:

1) Dr. Piragibe Nogueira: "Estenoses do coledoco retro-pancreático".

2) Dr. Eurico Branco Ribeiro: "Peritonite crônica encapsulante".

3) Dr. Geraldo Vicente de Azevedo: "Técnica e aplicações da peritoneoscopia".

4) Dr. Sebastião Hermeto Júnior: "Esplenomegalia e ascite por esquistosomose: operação de Talmá-Drumond, e posteriormente esplenectomia".

5) Dr. Raphael da Nova: "Sobre um caso de infecção descendente do medastino, drenado e curado por via cervical".

6) Dr. José de Morais Leme: "Vantagens do gesso nas queimaduras".

7) Dr. Sebastião Hermeto Júnior: "Aneurisma espontâneo da artéria poplíteia em portador de nova arteriopatia obliterante. Ruptura do saco, com formação de grande hematoma peri-aneurismal. Ressecção".

8) Dr. Sebastião Hermeto Júnior: "Duas observações de aneurisma cirsóides:

a) aneurisma cirsóide traumático da perna (ressecção parcial).

b) aneurisma cirsóide atingindo a totalidade do membro superior direito - desarticulação escápulo-humeral".

9) Dr. João Oliveira Matos: "Resultados da esplenectomia na esquistomíase mansônica com esplenomegalia".

10) Dr. Matheus Santamaria: "Nefropexia. (Considerações sobre modificação técnica)".

Nutrição e Protologia com os seguintes trabalhos:

1) Prof. Dr. Franklin de Moura Campos: "Sobre problemas da nutrição".

2) Dr. F. Pompeu do Amaral: "Considerações sobre a alimentação dos enfermos".

38)

3) Dr. Demostenes Orsini: "O metabolismo de base na juventude".

4) Drs. José Ramos Júnior, José Zocchio e Luiz Gargiulli Filho: "Incidências dos sintomas e sinais de carência alimentar".

5) Dr. Paulo Carvalhaes: "A prova do ácido hipúrico para avaliar o estado funcional do fígado".

6) Dr. Carlos da Silva Lacaz: "Intradermo-reação no diagnóstico da granulomatose paracoccidíodica".

Endocrinologia, cujos trabalhos inscritos foram:

1) Prof. Dr. Jairo Ramos, Horácio de Mello e W. Gomes Ferraz: "Eletro-cardiograma no hipertireoidismo".

2) Drs. J. A. de Mesquita Sampaio e José de Paula e Silva: "Estudo crítico do mielograma e do hemograma em 239 casos de hipertireoidismo".

3) Dr. Gonzalez Torres: "Tiúreia e tiouracila no tratamento do hipertireoidismo".

4) Prof. Dr. Jairo Ramos e Drs. Octávio Ratto e Silvio Borges: "Seguimento clínico dos doentes operados de hipertireoidismo".

5) Dr. Armando Sampaio Rezende: "A prova de Katsch-Kalk no hipertireoidismo".

6) Dr. Gonzalez Torres e Dr. H. Carlos Kyrillos: "Hipertireoidismo na criança".

7) Dr. Aldo Bruno de Finis: "Tratamento do hipertireoidismo frusto pela Testosterona".

Ainda no dia 5, às 21 horas, em diversos locais, temas de:

Oftalmologia com as seguintes inscrições:

1) Dr. Jorge Malbran: "Conceito atual da terapêutica dos glaucomas".

2) Dr. J. Mendonça de Barros: "Indicação operatória no glaucoma".

3) Dr. Carlos Damel: "Glaucoma de mau prognóstico".

4) Dr. Silvio Abreu Fialho: "A indicação, operatória no glaucoma primitivo".

Reumatismo, com as seguintes inscrições:

1) Prof. Rafael de Barros: "Aspecto radiológico das lesões ósseas no reumatismo psoriásico".

2) Drs. Marcello Lucchesi e Oswaldo Lucchesi: "Estudo radiológico da artrite reumatóide". Estatística sobre 160 casos.

3) Drs. Marcello Lucchesi, José Moretzsohn de Castro e Oswaldo Lucchesi: "Sistematização da técnica radiológica e classificação dos sinais da artrite reumatóide da mão".

4) Drs. Marcello Lucchesi e Oswaldo Lucchesi: "Estudo clínico da espondilite reumatóide".

5) Drs. Marcello Lucchesi, Oswaldo Lucchesi e Renato A. Cintra: "A radioterapia na espondilite reumatóide".

6) Drs. Marcello Lucchesi e Oswaldo Lucchesi: "Espondilite reumatóide anquilosada em criança com 6 anos de idade".

7) Drs. Marcello Lucchesi e Oswaldo Lucchesi: "Normalização do quadro radiológico em um caso de artrite reumatóide clinicamente curado".

8) Drs. Marcello Lucchesi e Oswaldo Lucchesi: "Conceito atual da etiologia das artrites crônicas".

9) Drs. Marcello Lucchesi e Oswaldo Lucchesi: "O problema higiênico-social do reumatismo".

No dia 6 de março às 9 horas, na Faculdade de Medicina foi apresentado o tema oficial, **O problema da Tuberculose em São Paulo**.

Prof. Dr. Clemente Ferreira: "O problema da tuberculose como moléstia social. A post-assistência e recuperação social". (Conferência).

Trabalhos inscritos:

1) Dr. I. Otávio Nébias: "O estado atual dos tuberculosos necessitados e assistência".

2) Dr. Dutra de Oliveira: "Problema social da tuberculose. A alimentação e a educação como fatores eficientes de combate à peste branca".

3) Drs. B. Pedral Sampaio e A. Nogueira Martins: "O serviço de prêmunição pelo B. C. G. em São Paulo".

4) Dr. João Grieco: "Ensina-mentos da Clínica no combate à tuberculose na infância".

5) Dr. Benedito J. Fleury de Oliveira: "A mortalidade pela tuberculose em São Paulo".

Temas de Cirurgia às 20 horas e 30', sendo os seguintes os trabalhos inscritos:

1) Prof. Dr. Raul Briquet: "Do Choque e seu diagnóstico".

2) Dr. Vasco Ferraz Costa: "Novo aparelho para transfusão de sangue. Simplificação nas grandes transfusões diretas".

3) Drs. Eça Pires Mesquita, Vladimir da Silva Prado e doutorando Fausto Figueira de Mello: "Proteinemia, Hemoconcentração, taxa de hemoglobina pelo método de sulfato de cobre e sua aplicação na cirurgia".

4) Dr. Sebastião Hermeto Júnior: "Aneurisma da artéria mesentérica superior simulando aneurisma da artéria aorta. Ligadura da artéria aorta abdominal".

5) Dr. Aruleno Novaes: "**Carbogenioterapia** subcutânea na deficiência circulatória das extremidades".

6) Dr. Sebastião Hermeto Júnior: "Esclerodermia generalizada-Paratiroidectomia".

7) Dr. Sebastião Hermeto Júnior: "Hiperqueratose ictiósica-Paratiroidectomia".

8) Dr. Sebastião Hermeto Júnior: "Tumor marron exantomatoso — esvasiamento-enxerto de farpas de osso (a Correia do Lago) — Röntgenterapia. Transformação posterior em sarcoma polimorfo celular".

9) Drs. Nairo França Trench e Marco Antônio Nogueira Cardoso: "Meningocele intra-torácico em

paciente portador de neurofibromatose de Recklinghausen”.

10) Dr. Matheus Santamaria: “Diagnóstico radiológico do adenoma prostático”.

Parasitologia e Farmacologia.

Trabalhos inscritos:

1) Dr. Jayme Regalo Pereira: “A rotenona na terapêutica humana”.

2) Drs. Eduardo Vaz, Anibal Pereira, Italo Martirani e Murilo Azevedo: “Contribuição para o estudo da ação hemocoagulante do veneno das “Bothrops”.

3) Dr. Carlos da Silva Lacaz: “A actinomicose em São Paulo”.

4) Dr. Paulo de Almeida Machado: “Contribuição para o estudo de novos anti-bióticos.

5) Drs. Michel Jamara e Cassio Bottura: “Aspectos hematológicos da ancilostomíase no curso da ferroterapia”.

6) Dr. Carlos da Silva Lacaz: “Desvio do complemento no diagnóstico da blastomicose brasileira”.

7) Drs. Ciro Camargo Nogueira e José Salustiano Filho: “Ação da água de São Pedro (sulfídrica) sobre a curva glicêmica do cão”.

8) Dr. Carlos Liberali: “Fatores farmacológicos nos acidentes da terapia intravenosa”.

Oftalmologia, às 21 horas com os seguintes trabalhos:

1) Drs. H. Marback e Manoel A. da Silva: “Conduta terapêutica frente ao glaucoma crônico simples”.

2) Prof. Dr. Paulo Cesar Pimentel: “Conduta terapêutica frente aos glaucomas inflamatórios”.

3) Dr. Baudilio Courtis: “Glaucoma — problema de prevenção de cegueira”.

4) Dr. Raimundo Tartari: “Relação entre os valores de tensão arterial e da tensão ocular”.

Medicina, às 20, 30 horas.

Trabalhos inscritos:

1) Prof. Dr. Jairo Ramos e Dr. Sílvio Carvalhaes: “Cirrose: Frequência”.

42)

2) Drs. José Ramos Júnior e Basílio Fazzi: “Sintomas e sinais da cirrose hepática tipo porta”.

3) Drs. José Ramos Júnior e Basílio Fazzi: “Resultados do tratamento moderno da cirrose hepática tipo porta”.

4) Prof. Dr. Jairo Ramos e Dr. Frederico Soares Camargo: “Periarterite nodosa — Caso clínico com verificação necroscópica”.

5) Prof. Dr. Jairo Ramos e Drs. Marcelo Pio e I. Le Vocci: “A granulocitose — Caso clínico com verificação necroscópica”.

6) Prof. Dr. Jairo Ramos e Drs. Wladimir Gomes Ferraz e José Brigagão: “Frequência da anacloidria em doentes de ambulatório e sintomas clínicos”.

7) Prof. Dr. Jairo Ramos e Drs. Wladimir Gomes Ferraz, Marcelo Pio da Silva, Sílvio Borges e José Brigagão: “Valor clínico da prova de Katch-Kalk (300 casos).

Dia 7 às 9 horas, apresentação de temas de **Oftalmologia**, com inscrição dos seguintes trabalhos:

1) Prof. Dr. Ivo Corrêa Meyer: “História do Glaucoma”.

2) Dr. Luiz Novais:

3) Dr. Carlos Alberto Corrêa:

4) Dr. Evaldo Campos:

“Influência da anestesia retrobulbar sobre o oftalmotono”.

No mesmo dia, às 15 horas, sessão para trabalhos restantes:

1) Dr. Sílvio de Abreu Fialho: “Demonstrações práticas dos efeitos hipotonizantes das ventosas de Herzau”.

2) Dr. Penido Burnier: “Glaucoma familiar secundário a luxação espontânea homocroma e hereditária do cristalino”.

3) Dr. B. Paula Santos Filho: “Observações sobre ciclodíalise”.

4) Drs. Mathias Roxo Nobre e Andreino do Amaral: “A radioterapia no glaucoma”.

As 8 horas, apresentação de temas de **Ginecologia e Obstetrícia** com a inscrição dos trabalhos abaixo:

1) Dr. Edgard Braga: "O método dermo-antérgico no tratamento das mastites puerperais".

2) Dr. João Amorim e Oswaldo Lacreta: "Intradermorreação com colostro para diagnóstico da gravidez".

3) Drs. J. Reynaldo Marcondes e O. Ribeiro Ratto: "Consequências tardias da nefropatia grávidica".

4) Drs. Stanislaw Krynsky e Dieter Koch-Weser: "Puberdade precoce".

5) Dr. Licínio Dutra: "Enxerto do ovário e do endométrio no tratamento da menopausa cirúrgica".

6) Dr. Humberto Costa Ferreira: "O fator Rh. e sua importância clínica".

7) Drs. Reynaldo Marcondes e Octávio Ribeiro Ratto: "Hipertensão e gravidez".

Ainda à mesma hora, temas de **Medicina** com os seguintes trabalhos inscritos:

1) Prof. Dr. Antonio Luis de Barros Barreto: "Provas laboratoriais no diagnóstico da doença de Chagas".

2) Dr. Luiz G. da Rocha Azevedo: "Patogênica da moléstia de Chagas".

3) Prof. Dr. Jairo Ramos e José Ramos Júnior: "Alterações das derivações torácicas RIV e FIV nos hipertensos crônicos".

4) Prof. Dr. Jairo Ramos: "Hérnia diafragmática simulando doença cardíaca".

5) Dr. Plínio de Lima: "Septicemia a tetrágono".

6) Dr. Bernardo Blay Netto e doutorando Elias Serviciovic: "A propósito de dois irmãos com moléstia Crouzon".

7) Drs. Reynaldo Chiaverini, Paulo R. Cardoso Rebocho, doutoranda Carmem Rey e doutorando Oswaldo Mendes Carnero: "Ação circulatória imediata da teofilina-etilenodiamina".

Às 9 horas, temas de **Nutrição e Protologia**, com a inscrição abaixo relatada:

1) Prof. Dr. Juan Recalde: "Elektrocirurgia nas doenças ano-retais".

2) Prof. Dr. Van Der Reis, Drs. Haroldo Sodré e Paulo Carvalhaes: "Estudo do delgado".

3) Prof. Dr. Jairo Ramos e Dr. Luiz Carlos da Fonseca: "Tipo de alimentação habitual dos doentes que frequentam hospitais gerais para indigentes".

4) Dr. Edison de Oliveira: "As fissuras específicas".

5) Dr. Adalberto Leite Ferraz: "Tratamento das fissuras anais pela riboflavina".

6) Drs. João Ferreira e Paulo Carvalhaes: "Amebíase crônica nos apendicetomizados".

7) Dr. João de Oliveira Matos: "Tratamento cirúrgico do megasôfago".

8) Dr. Cassio Montenegro: "Úlcera cancerizada do estômago".

Às 8 horas, temas de **Medicina Social, Medicina Legal e Higiene**.

Trabalhos inscritos:

1) Prof. Dr. Oscar Clark: "A política dos campos de saúde".

2) Dr. Sylvio de Almeida Toledo: "Organização do serviço de profilaxia do tracoma no Estado de São Paulo".

3) Dr. Aureliano Fonseca: "Nova era emigratória após guerra e Tracoma no Brasil".

4) Dr. Raul Sá Pinto: "O segredo médico".

5) Dr. Eduardo Vaz: "Vacina anti-rábica e população rural".

6) Dr. Jorge Maia: "Da utilidade da criação de centro bibliográfico médico-nacional".

7) Dr. Luiz G. da Rocha Azevedo: "Prevenção de acidentes do trabalho e de moléstias profissionais".

Às 21 horas dêsse mesmo dia, realizou-se uma sessão solene de encerramento do 2.º Congresso Médico Paulista e posse da nova Diretoria da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL,
EM 7 DE JULHO DE 1944

Presidente: Dr. Gastão G. Roselfeld

Um caso de parasitismo humano pelo ancilostoma caninum. — Dr. A. Dácio Franco do Amaral. — Em 22-9-42 — Um estudante de medicina, A. M., traz um verme, que encontrou nas próprias fezes, para identificar.

Clareado este verme pelo fenol, verifica-se tratar-se de uma fêmea de "*Ancylostoma caninum*" pela cápsula bucal.

Em 23-9-42 — Procede-se a um exame de fezes do paciente para ver se há ovos de ancilostomídeo, com o intuito de os cultivar e inocular em cães, etc. O método de exame foi o de Faust: não se encontraram ovos de ancilostomídeo, mas só de *Hymenolepis nana*. Fizeram-se mais 2 exames de fezes: um em 25-9-42 (sel Faust), com encontro só de *Hymenolepis nana* e outro em 5-10-42, pelo Willis com resultado negativo.

Conclui-se tratar-se de um caso de parasitismo acidental pelo *P. caninum*.

Sobre 3 casos de parasitismo pela "*Isospora belli*" Wenyon 1923.

— Dr. Felipe C. Vasconcelos. — O A. apresentou 3 casos humanos nos quais encontrou oocistos de "*Isospora belli*" Wenyon, 1923. Cita os casos já anteriormente encontrados, em número de 5.

Comenta ligeiramente a questão da espécie e da ação patogênica, achando que talvez o parasito exista no intestino humano apenas por causa das condições do meio.

Termina deixando registrados os casos 6, 7 e 8 da literatura nacional.

Comentários: Dr. Mauro Pereira Barreto. — Quanto à denominação do parasito, o autor adota o nome "*Isospora belli*" colocando na sinonímia *I. hominis*. Entretanto, acho que, de acordo com as regras

de nomenclatura, deveria ter adotado o nome que tem precedência, isto é, "*hominis*" que foi o primeiro nome dado ao parasita por Rivolta (1878).

No 3.º caso apresentado, o A. não observou a presença de outros protozoários ou de ovos de helmintos nas fezes do doente, de modo que neste caso, os sintomas intestinais referidos pelo doente, na ausência de outro fator causal, poderiam ser atribuídos ao parasita. Raciocinando com o que acontece com outras espécies, a "*Isospora*" é um parasita intra-celular, de modo que é lógico atribuir-se a êle lesões do epitélio da mucosa intestinal, embora possam ser lesões superficiais.

Dr. Felipe C. Vasconcelos. — Quanto à denominação, o nome mais usado pelos AA. é de "*Isospora belli*" e acompanhei neste caso a concenso geral, embora reconheça que a denominação "*hominis*" é a primitiva. Nós que não somos parasitologistas, acompanhamos a denominação dada nos trabalhos anteriormente publicados, para evitar confusões.

Quanto ao parasitismo associado, de fato, todos os doentes apresentaram parasitismo associado o que ocorreu também nos outros casos relatados na literatura nacional. No nosso 3.º caso, é verdade que não encontramos nem parasitos nem ovos que não fossem da "*Isospora*", mas havia neste caso uma suspeita clínica de amebíase.

Em todos os casos, a eliminação do parasito foi rápida. No nosso 3.º caso, isto também aconteceu, mas a sistomatologia do doente continuou a mesma o que faz pensar na ação de outros parasitos, não identificados nos exames feitos ou então à uma ação tempo-

rária do parasitismo pela "Isospora".

Dr. Mauro Pereira Barreto. — O Dr. Waldemar Sacramento, tem um caso de "Isospora hominis".

Dr. Gastão G. Rosenfeld. — Quero crer que estes agentes têm ação patogênica, se bem que ela não tenha sido demonstrada.

SECÇÃO DE NEUROPSIQUIATRIA, EM 5 DE JULHO DE 1944

Síndrome de lobo parietal — Apraxia isolada da mão esquerda.

— Prof. Paulino W. Longo e Dr. Paulo Pinto Pupo. — A relativa raridade dos casos de apraxia unilateral na literatura neurológica constitui o interesse principal da aproximação deste caso de "Apraxia isolada do membro superior esquerdo, em ausência de distúrbios gnosticos concomitantes e suficientes para a explicar." Por coincidência feliz para a observação do caso, a paciente era anteriormente adextrada em relação ao membro superior esquerdo, pois era anteriormente adextrada em relação ao membro superior esquerdo, pois tocava piano regularmente e já estava iniciando satisfatoriamente o estudo do violino.

Trata-se de L. P., com 10 anos de idade, anteriormente sadia, que apresentou, de maio de 1939 a novembro de 1943, 8 convulsões epiléticas de tipo bravais-jacksoniano (membro superior e hemiface esquerdas como sede de início da crise — não se apurou, talvez por deficiência de informação da paciente, aura sensitiva). Depois da última crise, que foi anormalmente intensa e duradoura, restou hemiparesia esquerda, de predominância do membro superior, e anosognosia do membro superior esquerdo, cedendo tudo em 12 dias. Depois de passados os fenômenos agudos (inclusive a hemiparesia e anosognosia) seus pais notaram que a paciente tinha incapacidade quase absoluta para utilização do membro superior esquerdo. A mão esquerda não cooperava nem mesmo para os atos quotidianos de vestir-se e de calçar-se. Examinada 20 dias depois, apresentava apraxia motora isolada do membro superior esquerdo, principal-

Presidente: Dr. Paulo Pinto Pupo

mente da mão, comprovada pelas provas de Liepmann. É interessante, também, que todo movimento intencional da mão esquerda é executado concomitantemente pela mão direita (ecopraxia). Os exames de sensibilidade elementar não revelaram qualquer distúrbio (exceto o de discriminação tátil, cujos resultados não puderam ser obtidos devido insuficiência de atenção por parte da paciente). Quanto à morfo e hilognosia mostrou ligeiro retardo nas respostas para com a mão esquerda, contrastando com as da mão direita. Não havia outra perturbação neurológica. Foi instituída, além do tratamento geral e barbitúrico para prevenir recidiva das crises convulsivas, a reeducação da mão esquerda. Os resultados têm sido satisfatórios.

Nos meses que se sucederam, exames neurológicos completos foram repetidos. Não foram evidenciados distúrbios de sensibilidade, de gnosis próprioceptiva ou visual, e a apraxia isolada do membro superior esquerdo regrediu paulatina e progressivamente. A paciente já utiliza a mão esquerda para a maioria dos atos que é chamada a executar, e mesmo o estudo do piano já foi reiniciado com satisfatória colaboração desse segmento. Persiste, se bem que menos intensa, a ecopraxia da mão direita. Inicialmente houve nitida alteração psíquica caracterizada principalmente por puerilismo de comportamento, deficiência de atenção e de memória de fixação. Tais distúrbios também se têm corrigido progressivamente.

Diante de todos estes elementos foi feito o diagnóstico síndrome de apraxia motora isolada do membro superior esquerdo. Sob ponto

de vista étio-patogênico a lesão foi interpretada como conseqüente a distúrbios cerebrais secundários à crise convulsiva. Em relação à topografia lesional, foi diagnosticada lesão em foco parietal direito, córtico-sub-cortical. Esta lesão explica perfeitamente a hemiparesia conseqüente à crise (fenômenos iniciais muito mais extensos que os do verdadeiro foco lesional), a anosognosia e também a apraxia isolada do membro superior esquerdo (interrupção de fibras comissurais calosas). A coexistência de um síndrome mental de puerilismo, desatenção e distúrbios da memória, talvez possa ser explicada pela extensão da lesão a fibras da metade anterior, do corpo caloso (síndrome do corpo caloso). A apresentação provas gráficas da paciente em meses sucessivos, com a projeção de filme cinematográfico, que mostra a apraxia e a eco-praxia em abril de 1944 e com a apresentação da paciente, evidenciando recuperação das funções práxicas.

Comentários: Dr. Osvaldo Lange. — Esta doente, tinha ataques epiléticos de tipo bravais-jacksoniano à esquerda e um dia, por ocasião de um destes ataques, mais intenso que os anteriores, ficou hemiplégica à esquerda. Isto dá margem a comentários e a discussão quanto ao ponto de localização do processo, porquanto, a apraxia motora esquerda, segundo o esquema de Liepmann, se dá quando as fibras do corpo caloso são interrompidas na sua parte anterior, isto é, na região frontal. A lesão nas fibras posteriores, não dá esta alteração. Segundo Liepmann, do centro parietal, as fibras iriam em primeiro lugar ao centro motor (euprático) esquerdo. Daí, pela parte anterior do corpo caloso, as fibras iriam ao lobo frontal direito, apraxia. Portanto, a ser o caso, uma apraxia motora pura, como foi rotulado pelos autores, a lesão estaria localizada na região frontal o que está de acordo com a sintomatologia apresentada e

com os acessos motores de tipo bravais-jacksoniano. Isto tudo porém, não está de acordo com as perturbações sensitivas que a doente apresentou, as quais falam a favor da localização parietal. É verdade que um processo vascular pôde apanhar fibras sensitivas e motoras, principalmente na fase inicial quasi sempre acompanhada de edema. É possível mesmo que esta doente tivesse uma lesão frontal, já antiga sub-cortical, no hemisfério cerebral direito e que, em virtude de um dos acessos epiléticos, esta lesão se tornasse mais extensa, disso resultando os distúrbios sensitivos. Não me parece inteiramente desarrazoado admitir que esta doente tenha, precipuamente, um distúrbio gnostico. Em que pesem os resultados normais das provas que pesquisaram a sensibilidade penso que nesta doente, possa haver um distúrbio do esquema corporal, possivelmente um síndrome semelhante àquele descrito por Schilder (agnosia corporal) ou por Gertsmann (agnosia digital).

Dr. Anibal Silveira. — No presente caso apresentam-se dois aspectos etiológicos: uma lesão focal, permanente, que agora estará sendo compensada pela suplência das áreas cerebrais homólogas e a extensão do processo apenas no momento, possivelmente originada no edema cerebral na ocasião em que se verificou o provável processo vascular. Naturalmente a alteração aguda atingiu área muito maior que aquela realmente lesada.

Discutiu-se muito a questão "localizatória" no domínio da apraxia. A este respeito, chegou-se mesmo a dizer que a lesão cortical não seria a responsável pelo fenômeno motor, mas sim a lesão do corpo caloso. Isto entretanto, não está de acordo com os atuais dados da neuro-fisiologia, que mostra a influência da porção cortical nestes casos. Há zonas, que exercem uma inibição sobre a zona cortical o que se pode verificar pela atividade elétrica cortical.

que, em determinadas circunstâncias, apresenta uma diminuição de reação. Assim sendo, é possível a inibição de uma área, produzida pela atividade maior de outra área. Assim sendo, algumas das zonas corticais têm efeito apenas estimulante. Talvez no caso presente, este fator esteja em ação, havendo uma falta de regência entre as diversas zonas cerebrais.

Dr. Paulo Pinto Pupo. — Quanto aos comentários do Dr. Lange, eles reafirmam o ponto de vista exposto, de que atualmente não há perturbação gnóstica neste doente. Proponho mesmo, mandar o doente ao consultório do Dr. Lange para que ele o examine sob este ponto de vista.

Quanto à sede lesional, acho que a parietal explica toda a sintomatologia, de acordo com o esquema clônico de Liepmann. O síndrome caloso posterior consta de apraxia, e a anterior de distúrbios mentais do tipo dos do lobo frontal.

Bases físico-farmacológicas da hormonoterapia. — Prof. José Ribeiro do Vale. — Somente o conhecimento da fisiologia endócrina

e dos princípios da farmacologia geral possibilita a hormonoterapia racional e proveitosa. As hormonas orimordiais provêm da hipófise, da tireóide, das parati-reóides, do pâncreas, das suprarrenais e das gônadas. Todas elas exercem efeitos característicos que servem de base para os ensaios biológicos e estes, por sua vez, para o emprego clínico.

As hormonas hipofisárias e a parathormona são de natureza proteica e os gonadais e os da córtex suprarrenal são ternários e esterólicios e muitos já obtidos por síntese química. Estas substâncias, algumas provenientes também da placenta, constituem antes grupos de hormonas do que princípios ativos individuais para cada glândula. Há ainda as hormonas artificiais como o dietilestilbestrol classificado entre as substâncias estrogênicas. As medidas dietéticas são adjuvantes da hormonoterapia p. ex. alimentação rica em sódio nas insuficiências da suprarrenal e rica em cálcio no hipoparatiroidismo. Se o preparado empregado for ativo, a dose conveniente e a indicação formal, o clínico pode esperar das hormonas resultados excelentes.

SECÇÃO DE NEUROPSIQUIATRIA, EM 21 DE JULHO DE 1944

Presidente: Dr. Paulo Pinto Pupo

Negócios Inter-Americanos, sobre o tratamento da paralisia infantil pelo método de "sister" Kenny.

A dra. Maria Eliza, fez interessantes considerações sobre o método de Kenny durante a passagem do film, que foi bastante apreciado por todos os presentes.

Osteoartropatia hipertrofiante pneumica de Pierre Marie e neurofibromatose de Recklinghausen. — Drs. Nelson de Sousa Campos e Osvaldo de Freitas Julião. — Os AA. relatam a observação clínica de um paciente (O. Z., brasileiro, operário, 26 anos de idade), portador de lesões pleuro-pulmonares crônicas e no qual se desenvolveram distúrbios de dois tipos prin-

Crítica a um processo apresentado como profilático dos acidentes secundários à punção lombar.

— Drs. Orestes Barini e João Batista dos Reis. — Comentários: Dr. I. M. Taques Bittencourt. — No serviço de neurologia do prof. Tolosa tivemos ocasião de repetir as mesmas conclusões que estes co-Drs. Reis e Barini, e chegamos às mesmas conclusões que estes colegas, isto é, a injeção sub-cutânea de liquor em pequenas quantidades, não tem nenhuma ação sobre a pressão líquórica.

A seguir, continuando a ordem do dia, a dra. Maria Eliza Bierrembach Khoury, apresentou um interessante film oferecido pelo escritório do sr. Coordenador dos

cipais: 1) — aumento de volume e deformação das extremidades dos membros, por hipertrofia óssea (mãos e pés volumosos, dedos em vaqueta de tambor, unhas alargadas e recurvadas, entumescimento pronunciado das epífises distais do rádio e cúbito, da tibia e perônio), cifo-escoliose dorsal, deformação torácica; 2) — manchas hiperpigmentadas e tumores cutâneos.

Em face de sintomatologia tão típica, os diagnósticos de osteoartropatia hipertrofiante pneumica de P. Marie e de neurofibromato-

se de Recklinghausen foram estabelecidos (apoiados respectivamente no 1.º e 2.º tipos de distúrbios mencionados). Os exames complementares realizados comprovaram esses diagnósticos.

A seguir, os AA. rememoraram os trabalhos fundamentais de Pierre Marie sobre a osteopatia hipertrofiante, sua distinção com a acromegalia e as características básicas da enfermidade, comentando, finalmente, a curiosa associação mórbida verificada no caso em apreço.

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE JULHO DE 1944

Efeito inibidor da novocaina sobre a ação antibacteriana das sulfanilamidas. — Dr. Juan E. Cendan Alfonso. — O A. faz o relato de vários casos de sua casuística pessoal, em que apesar de ter sido colocada sulfanilamida localmente em feridas cirúrgicas, estas supuraram e este fato coincidiu sempre, quando se fazia uso da anestesia local pela novocaina. Quando se lançava mão de outras anestésias que não a local pela novocaina, as sulfanilamidas cristalizadas, colocadas localmente, evita-

vam o aparecimento de supuração.

Procurando explicar estes fatos, realizou várias experiências com outros preparados, tanto em "anima nobile" como em animais e também estudos "in vitro", tendo concluído que a novocaina tem o poder de inibir a ação das sulfanilamidas quando colocadas localmente. Crê que a razão deste fato, está na estrutura química da novocaina e dos compostos sulfanilamidicos, uma vez que nas experiências realizadas, teve o cuidado de afastar as causas mecânicas.

SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, EM 11 DE JULHO DE 1944

Presidente: Dr. J. Fonseca Bicudo Júnior

Um caso de epitelioma basocelular, sobre uma cicatriz antiga de lichmaniasse cutânea. — Drs. Domingos de Oliveira Ribeiro e Benjamin Zilberberg. — Os autores apresentaram um caso de epitelioma basocelular no polo inferior de uma cicatriz antiga de lichmaniasse localizada na aza esquerda do nariz. Trata-se do primeiro caso da literatura em que se registra a cancerização sobre cicatriz de lichmaniasse, o que não deixa de ser interessante, dado o grande número de casos de endemia lichmaniótica em nosso "hinterland".

O caso foi documentado pela intra-dermo-reação de Montenegro, fortemente positiva (+ + +).

Havendo o paciente feito referência à existência de uma ficha antiga, de posse do ilustrado colega sr. dr. Afonso Ferreira, solicitamos uma cópia.

Neste caso, além da referência de outras lesões cutâneas, o A. relatou lesões do septo cartilaginoso e a redução das lesões mucosas, imediata ao uso de injeções intra-musculares do "Eparseno" (18 injeções). Cumpre referir que este primeiro tratamento foi feito, há cerca de 5 lustros, e que a

reação de Montenegro revela uma persistência da alergia já relatada por Montenegro e Sales Gomes.

A verificação histopatológica não revelou o menor vestígio da estrutura do granuloma lichmaniótico, relevando, entretanto, ao lado dos característicos próprios da lesão cicatricial a presença de carcinoma do tipo baso-celular com evidentiíssima pigmentação melânica nas proximidades.

Comentários: Prof. Mário Artom — Desde o início da minha permanência no Brasil estranhei muito a falta de casos de cancerização em cicatriz de lichmaníase, tão frequente no lupus vulgar especialmente vendo a facilidade com que a lichmaníase atinge zonas de passagem da pele para as mucosas. As razões podem ser várias: entre outras temos que a cicatriz da lichmaníase é uma cicatriz anaeróbica; em segundo lugar pode-se tomar em consideração o tratamento diferente, pois enquanto no lupus em geral há causticação, na lichmaníase, em geral, por injeção de medicamentos. Mas tudo isso eu acho que não explica como duas lesões crônicas, anátomo-patologicamente muito semelhantes, tuberculose e lichmaníase, tenham diferenças de comportamento tão nítidas quanto à evolução

da cicatriz. Por isso eu acho que este constitui um argumento que deve ser estudado para ver se destas observações pode-se deduzir alguma coisa da patogênese destas cancerizações secundárias. Nas laminas do caso apresentado o epitélioma escolhe zonas onde não existiam cicatrizes, onde o tecido mesenquimal ainda tem sua formação primitiva.

Dr. Domingos de Oliveira Ribeiro. — Procuramos outras cicatrizes de lichmaníase, mas elas, de modo geral tinham quase desaparecido. A paciente contava a história de várias lesões, mas esta foi a única que se apresentou cancerizada. É assim que a paciente apresentava outras cicatrizes muito finas, passando quase despercebidas. Como acréscimo devo dizer que a doente foi tratada pelo rádio e 30 dias depois estava boa.

Dr. J. da Fonseca Bicudo Júnior. — Apesar dos muitos anos de trabalho não tive ocasião de observar fato semelhante; apenas tive conhecimento de epitélioma sobre lichmaníase, no trabalho do saudoso prof. Dr. Eduardo Rabelo "Formas clínicas da lichmaníase tegumentar", apresentado no 2.º Congresso dos Dermatologistas e Sifilígrafos de língua francesa, em Strassburg, 1923.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE JULHO DE 1944

Presidente: Dr. Antônio B. Ulhôa Cintra

Valor das provas funcionais do fígado no diagnóstico das icterícias. — Dr. Alfonso Graña. — O A. iniciou por frisar a unidade anatómica e funcional do fígado, tratando a seguir, das suas funções anti-tóxicas, da sua influência no metabolismo pigmentar, na coagulação do sangue e no metabolismo dos lipídios. De modo especial, fez considerações sobre a função do fígado na coagulação sanguínea, que permite mesmo o estudo funcional deste órgão por meio desta prova.

Demonstrou a seguir, o diferente valor das diversas provas

funcionais do fígado no diagnóstico das icterícias.

Encefalopatia hipertensiva aguda. — Dr. Gustavo Friozi. — Comentários: Dr. Inácio Loyola. — A questão dos edemas é de muita importância nas encefalopatias hipertensivas; mais do que a questão vaso-motora.

Quanto ao tratamento pela sangria, esta deve ser abundante, de 500 cc. ou mais, pois ela é que resolve o quadro agudo.

Dr. Gustavo Friozi — A questão do edema cerebral é muito importante, mas hoje em dia, a teo-

ria do angioespasmo é mais aceita, baseada em dados obtidos nas mesas de autópsia.

Quanto à questão da sangria a quantidade a ser retirada deve ser

relacionada com a idade do paciente, visto a encefalopatia hipertensiva aguda ser mais comum na infância.

SECÇÃO DE RADIOLOGIA E ELETRICIDADE MÉDICA, EM 26 DE JULHO DE 1944

Presidente: Prof. Rafael P. de Barros

Estudo crítico clínico-radiológico da apendicite crônica. — Dr. Paulo de Almeida Toledo. — O autor faz o estudo crítico dos sinais radiológicos da apendicite crônica, evidenciando as dificuldades, derivadas da natureza indireta dêles.

Mostra que o diagnóstico radiológico da apendicite só encontra confirmação cirúrgica e clínica irrequente nos casos em que há surtos agudos típicos.

Analisa os casos de apendicite crônica de início, mostrando a frequência das operações inúteis.

Termina mostrando uma série de casos de abcesso crônico circular.

Documenta sua exposição com numerosas projeções radiológicas.

Comentários: Dr. José Moretzsohn de Castro. — No relato — foi esgotado o assunto, no que se refere ao diagnóstico radiológico das apendicites, encarado apenas do ponto de vista morfológico.

No último Congresso Interamericano de Radiologia, que se reuniu em Buenos Aires, em 1943, o Dr. Esguerra Gomez, também chegou à mesma conclusão que o Dr. Paulo de Toledo, dizendo que, do ponto de vista morfológico, a radiologia pouca contribuição traz ao diagnóstico das apendicites.

O exame radiológico do apêndice, como é habitualmente praticado, tem pouquíssimo valor diagnóstico.

Quero chamar, particularmente a atenção da casa, para um sinal indireto, funcional, descrito por von Bergmann e que reputo de grande valor — trata-se da hipertonia do esfíncter céco-cólico (esfíncter de Hirsch).

Von Bergmann chama a atenção sobre esse sinal, nos casos de apendicite. Nós temos a impressão, pelos casos observados, que a hipertonia do esfíncter de Hirsch traduz uma hiperexcitação motora da vizinhança, isto é: apêndice, íleo e o próprio céco. Porisso, sempre que encontramos hipertonia do esfíncter, procuramos, por intermédio do compressor de Chaoul, obter uma boa mucosografia do íleo e ceco, para excluir a possibilidade de lesões nesses segmentos, a nosso ver, responsáveis por esse reflexo-motor.

Quanto ao método de Capurro, estamos fazendo um estudo sobre o mesmo, ainda em vias de conclusão. Trata-se de uma prova funcional, em que se utiliza a sobrecarga para encurtar o tempo do exame e exagerar os reflexos víscero-motores.

A idéia — aliás quase geral — de que o ceco pélvico é constipado, não é, a nosso ver, exata pois temos observado constantemente, com o método de Capurro o esvaziamento dos cólicos-sigmas bem como dos cecos pélvicos.

Outro ponto que deverá ser assunto de pesquisas cuidadosas é a questão da dor que os apendicectomizados voltam a sentir, passados alguns meses da operação.

Rössle, sob a denominação de neuromatose apendicular descreveu lesões dos elementos nervosos do apêndice e que para aquele autor eram responsáveis pelos fenômenos dolorosos. Essas lesões, pelos métodos habituais de coloração não podem ser evidenciadas. Esse assunto está sendo por nós pesquisado, e quando tivermos alguma coisa de positivo, traremos a esta casa.

O Prof. Walter Maffei, nos sugeriu que a dor causada pelo neurônio de amputação do apêndice fôsse talvez responsável pela sintomatologia que os pacientes apendicetomizados apresentam alguns meses após a operação.

Dr. Rafael de Lima Filho. — Em apêlo às conclusões do Dr. Toledo, trazemos as de nossa tese de doutoramento, de 1934 e os nossos comentários em reuniões anteriores da Secção de Medicina, quando presidente o Dr. Almeida Toledo, dedicadas ao estudo da "Apendicite crônica", nas quais salientamos que o contingente do radiologista no estudo da apendicite será valiosíssimo desde que os seus exames realizados com todo o apuro técnico e submetidos a confronto com os de rigoroso exame clínico e demais exames subsidiários do aparelho digestivo. Do

ponto de vista técnico, além da localização precisa da dor, elemento fundamental para o diagnóstico, a observação de fixação do apêndice ou a presença de acotovelamentos irreduzíveis à palpação e estase do contraste no apêndice, após esvaziamento do ceco, são sinais seguros de lesão apendicular.

Dr. Paulo de Almeida Toledo. — Ao Dr. Moretzsohn de Castro, devemos dizer que a questão do neurônio de amputação não pode explicar os casos de apendicite aguda que são operados e que saíram, completamente.

Quanto a prova de Capurro, eu não a conheço por experiência própria, mas deposito pouca fé na sua eficiência, para o diagnóstico de moléstia apendicular, pois é um sinal indireto e ainda assim observado à distância.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA MILITAR, EM 17 DE JULHO DE 1944

A visão na Aviação. — Dr. Alfredo Rocco. — O A. inicia o seu trabalho, historiando a Medicina de Aviação, baseado naturalmente em trabalhos que com as dificuldades de guerra, conseguiu coligir. Baseado principalmente em trabalhos norte-americanos, regulamentos do seu exército, historiou de maneira geral a técnica empregada para exame de seleção dos pilotos de guerra.

Passa, em seguida, à exposição dos métodos de exames dos candidatos da aviação, nas suas mais variadas especialidades, detendo-se na questão da acuidade visual, inspeção, visão de profundidade, movimentos oculares, equilíbrio muscular, capacidade de convergência, ângulo de convergência, visão de cores, acomodação e finalmente os campos visuais.

Refere detalhadamente o exame de pilotos civis e militares, em número de 150 e para mais de 600 exames de candidatos a diversas especialidades da aeronáutica.

Comentários: — Dr. Antônio de Castro Fleuri. — Na nossa avia-

ção militar, sobre as exigências de fichas de piloto militar, cujas exigências são idênticas a de um piloto mercante, há ainda as fichas de aviadores de turismo, e já existe mais recentemente uma ficha para paraquedismo, estando ainda em estudo uma ficha para piloto de planador. As exigências são mínimas mas o daltonismo incapacita definitivamente o piloto.

Sobre a exploração do senso cromático é de grande importância para a parte especializada da aviação.

Sobre a ficha de paraquedismo, exige-se de modo particular, a exploração do senso da profundidade.

Astenia neuro-circulatória. — Dr. Rui Faria. — De início o A. define o termo, citando William Wolf e George Crile, como uma entidade nosológica motivada por uma hiperfunção medular das glândulas supra-renais, com hiperexcitabilidade do sistema nervoso simpático.

A respeito da sinonímia encontrada na vastíssima literatura mundial existente sobre o assunto,

destaca as denominações: coração irritável de soldado, síndrome de esforço, coração fraco, coração nervoso, coração desordenado, coração débil, debilidade circulatória, neurose cárdio-vascular, neurose cardíaca, neurastenia cordis, taquicardia sine matéria, instabilidade vaso-motora, "autonomic imbalance", pseudo-angina de peito, eretismo cardíaco, síndrome de Da Costa, etc.

Passando ao histórico da questão, afirma que o síndrome foi pela primeira vez descrito em 1854, por Harthorne, durante a Guerra Civil Americana, antecipando-se ao trabalho clássico de Da Costa, aparecido em 1871, no *American Journal of Medical Sciences*. Cita os trabalhos de Wilson e Lewis, de 1914-18 e os de Oppenheimer que, em 1919, lançou a denominação "astenia neuro-circulatória", aceita hoje em dia pela escola norte-americana e a proposta de Paul Wood, feita em 1941, para que a entidade seja denominada "síndrome de Da Costa".

Aborda a seguir, minuciosamente, a enorme importância militar do problema no período de mobilização, treinamento, embarque e operações militares, salientando o papel morbo-gênico das emoções e, principalmente, do medo, tão bem estudado por Emilio Mira em sua recente obra "Psychiatry in war". Estuda os principais fatores fobogênicos, mostrando a importância da angústia, da ansiedade e das fobias, na patogenia de inúmeros distúrbios psico-somáticos, entre eles, a astenia neuro-circulatória, problema dos mais sérios enfrentados pelos médicos militares em tempo de guerra.

Mostra a incidência do síndrome em nosso Exército, sobretudo nos últimos meses e a sua relativa benignidade imediata.

Num longo capítulo sobre a etiologia da moléstia, analisa detidamente os fatores constitucionais (biotipológicos e psicógenos), infecciosos e miocárdicos, tão bem distinguidos por John Parkinson.

Citando Witkower, Rodger e Wilson, mostra que o único fator

constante é sempre a pré-existência de uma desordem do "caráter", isto é, do conjunto das faculdades conativas e que entre os fatores precipitantes, os distúrbios e conflitos emocionais são os mais comuns. Assinala que a fuga subconsciente ao dever, merece ser cuidadosamente pesquisada pelo psiquiatra, colaborador indispensável do cardiologista nesse assunto.

No capítulo da etiopatogenia mostra a influência dos estados psíquicos sobre os centros infundibulo-tuberianos do diencefalo, as inter-ações recíprocas passadas neste nível entre a corticalidade do sistema cerebral e os núcleos centrais do hipotálamo. Expõe os traços gerais dos síndromos por hiperexcitabilidade simpática e parasimpática, a influência da cápsula supra-renal e da tireóide no desencadeamento e manutenção dos síndromos hipersimpaticotônicos e a influência do excessivo estímulo simpático sobre o coração, podendo chegar mesmo à hipertrofia do órgão e à produção de lesões isquêmico-necróticas, espásticas, primitivamente funcionais.

Tratando da sintomatologia, mostrou que os sintomas subjetivos são principalmente de natureza nervosa, enquanto os objetivos são sobretudo de ordem cárdio-vascular. Analisou detidamente a falta de ar, a fadiga, as tonturas, etc., assim como as palpitações, a dor precordial ou infra-mamária e os sintomas gastro-intestinais. Focalizou depois o exame geral do paciente o aspecto biotipológico da questão, a hiperidrose, a cianose, a taquicardia, a instabilidade tensional ou vaso-motora, o eretismo cárdio-vascular, o exame do choque da ponta, fazendo referência ao moderno método balistográfico usado nos E.E. UU., a escuta do coração, a pesquisa do reflexo oculo-cardíaco, a prova do esforço leve e do esforço maior, a taquicardia e a hipotensão ortostáticas. Traduziu, a respeito do exame clínico, os critérios padronizados nas Instruções de Mobilização do Departamento da Guerra Norte-Americano (M. R. 1-9 para

a seleção física relativa ao coração, vasos sanguíneos e circulação. Abordou, a seguir, o estudo electrocardiográfico e radiológico da astenia neuro-circulatória, frisando a dificuldade de uma conceituação do normal nesses exames. Finalmente mostrou a importância do exame do psiquismo na astenia neuro-circulatória, o qual tem sido sistematicamente feito no Hospital Militar de São Paulo com o concurso dos Drs. Henrique Mendes e Cicero Cristiano de Sousa, 1.ºs tenentes médicos.

Entrando no estudo das formas clínicas mostrou ser mais comum a forma constitucional psicógena, vindo a seguir, a forma constitucional biotipológica, sendo bastante raras no Exército as formas post-infecciosa e miocárdica.

O diagnóstico diferencial foi minuciosamente feito com o hipertireoidismo, afecção com a qual a astenia neuro-circulatória tem grandes afinidades no dizer de Wolf, com a tuberculose pulmonar em início ou larvada, com a insuficiência cardíaca e com a simulação consciente de cardiopatia.

Quanto ao prognóstico imediato ou tardio, foi ele estudado à luz da forma clínica e do grau evolutivo da astenia neuro-circulatória, tendo sido sugerida a necessidade da introdução do critério de incapacidade relativa ou aptidão para serviços auxiliares em nossa legislação sobre aptidão física para o serviço militar, a exemplo do que existe em todos os modernos exércitos beligerantes.

O tratamento foi discutido em seu aspecto clínico, higiênico, gínástico, medicamentoso e, sobretudo, psicoterápico, inspirado principalmente nos sãos princípios da moderna medicina psicossomática norte-americana. Foram rapidamente relatados os métodos da insulina em doses sub-comatosas, da hipno-análise individual e coletiva, da narco-análise, etc.

Finalizando, o A. fez rápidas considerações acerca da denervação uni ou bilateral das cápsulas supra-renais, proposta por George Crile, para os casos graves e a-

diantados de astenia neuro-circulatória, da classe dos irreversíveis, nos quais aquêle autor obteve 61% de curas completas, 33% de melhoras nítidas e apenas 6% de insucessos.

Após a sua conferência, o A. projetou vários quadros em que resumiu os dados principais referentes a 40 casos que lhe foram dados a observar e tratar na 7.ª Enfermaria do Hospital Militar de São Paulo, de julho de 1943 a julho de 1944.

Comentários: — Dr. Antônio de Castro Fleuri. — Tenho observado também em aviadores a astenia neuro-circulatória, casos estes em que predominava a hipotensão.

Dr. Moacir Navarro. — A questão do diagnóstico diferencial destes casos de astenia circulatória é muito importante, pois muitos deles se confundem exatamente com casos de hipertireoidismo, apresentando metabolismo basal muito baixo.

Um outro ponto importante é que a emoção e o medo podem desencadear este síndrome neuro-circulatório. Trata-se aqui mais de uma questão de educação e de controle aos quais os latinos mais extrovertidos, estão mais aptos a suportar. A descarga de adrenalina que ocorrer durante o desencadear das emoções, pode explicar perfeitamente o quadro observado. Os indivíduos com insuficiência supra-renal, não são aceitos pelos exércitos em luta, pois tais indivíduos são muito sujeitos a este síndrome, e nos casos em que se necessita de energia e de coragem, eles se mostram medrosos e covardes em virtude de sua miopraxia suprarrenal. Estes indivíduos devem entretanto ser ocupados em serviços auxiliares de guerra.

Uma prova muito simples que seria interessante utilizar nestes casos, é a prova da velocidade da corrente sanguínea, que pode ser feita injetando-se o gluconato de cálcio na veia, e marcando o tempo que o doente leva para sentir

o calor característico, na garganta. Normalmente este tempo é de 10 a 14 segundos. Havendo comprometimento cardíaco, este prazo aumenta, e portanto esta prova, quando normal, afasta de início um comprometimento para o lado do miocárdio. A mesma prova pode ser feita com o Decholin, calculando-se o tempo que leva para aparecer a sensação amarga, ou mesmo com pequenas quantidades de eter na veia, sentindo-se depois o cheiro do eter no ar exhalado, e marcando-se o tempo que decorreu entre a injeção e o seu aparecimento. Temos realizado todas es-

tas provas na enfermaria do prof. Almeida Prado, na 1.ª M. H. da Santa Casa, com muito bom resultado para elucidação diagnóstica, sobretudo no que diz respeito à capacidade funcional do coração.

Quanto ao tratamento, que é muito difícil de ser feito, e cujos resultados são precários, eu aconselharia o "Gynergène", que é calmante do simpático. Também o "Belergal", dá ótimos resultados no tratamento, pois diminui o tomus vagal, sabido existir sempre nestes estigmatizados neuro-vegetativos uma distonia vago-simpática.

SECÇÃO DE OBSTETRICIA E GINECOLOGIA, EM 3 DE JULHO DE 1944

Presidente: Dr. Pedro Aires Neto

Algumas considerações sobre os processos hipertensivos na gravidez. — Dr. Franz Müller. — O A. restringe-se, na sua exposição, a considerações sobre a importância do fator renal nos processos hipertensivos. Faz um breve histórico da evolução dos conhecimentos sobre o palpitante assunto, referindo os mais importantes trabalhos realizados no terreno da clínica, da anátomo-patologia e da experimentação. Relata pormenorizadamente as importantes experiências de Goldblatt e col. sobre a hipertensão provocada em animais por meio da isquemia renal artificial, bem como os estudos posteriores, publicados neste sentido. Refere ainda os trabalhos análogos, realizados por investigadores da escola de Volhard, principalmente no que se refere ao estudo de substâncias pressoras renais, que agiriam por via hemática.

Em seguida o A. dá a interpretação fisiopatológica desses processos hipertensivos experimentais, de acordo com os trabalhos recentes; trata da relação funcional glomerulo-tubular nos nefrons e dos

distúrbios consequentes às alterações dessa relação; explica a importância do aumento, de resistência nas arteriolas aferentes, as diversas maneiras segundo as quais este aumento se pode realizar, bem como as consequências para o organismo em geral. Traça assim os pontos fundamentais da evolução de todo processo hipertensivo, de acordo com as teorias de Goldblatt e de sua escola.

O A. passa então em revista os diversos processos hipertensivos da gravidez, procurando interpretá-los conforme as idéias modernas expostas. Encara especialmente as gestoses hipertensivas puras, sob este ponto de vista. Faz ainda algumas referências críticas a certos testes experimentais para averiguar a disposição espástica do organismo (cold pressor test de Hines e Brown) e termina a sua exposição ressaltando a importância dos trabalhos realizados pela experimentação moderna, fornecendo-nos um conhecimento mais exato da etiopatogenia desses processos e abrindo novos rumos para a terapêutica.

PHILERGON

**FORTIFICA
DE FATO**

SECÇÃO DE OBSTETRICIA E GINECOLOGIA, EM 28 DE JULHO DE 1944

Presidente: Dr. Pedro Aires Neto

Degeneração molar em gravidez tubária. — Drs. Prof. José Medina e José Gallucci. — Os AA. apresentam um caso de gravidez tubária, operada, em que o exame

histo-patológico da peça revelou degeneração molar. Tecem interessantes comentários sobre o assunto, passando em seguida microfotografias da peça estudada.

Sociedade Médica São Lucas

SESSÃO DE 20 DE FEVEREIRO

Presidente: Dr. José Saldanha Faria

O Fator Rh. — Dr. Carlos da Silva Lacaz. — O A. iniciou a discussão do Fator Rh; explicou o fenomeno da isoimunização, a etiopatogenia, a eritroblastose e os perigos das transfusões em certos indivíduos. Acentuou o valor da determinação de indivíduos com Fator Rh — para a formação de um corpo de doadores. Leu as recomendações feitas nos Estados Unidos para o exame da população.

O Fator Rh. — Dr. Humberto Costa Ferreira. — O A., que veio de Londres, onde fez estudos sobre o assunto, disse que nas maternidades inglesas faz-se a pesquisa sistemática do Fator Rh, facilitando a orientação nas transfusões de sangue. Citou uma série de 38 casos de eritroblastose curados com transfusões de sangue com doadores — Fator Rh. A importância do Fator Rh na genética foi salientado permitindo estudos muito interessantes.

Discussão: O dr. José Ribeiro de Carvalho referiu-se à formação de antiRh no organismo materno. O dr. Paulo Bressan falou sobre um caso de eritroblastose resistente a 5 anos. O dr. Eurico Branco Ribeiro referiu-se à questão da icterícia dos recém-nascidos, possivelmente provocada pela transmissão de aglutininas através do leite materno. Os A. A. fizeram ainda alguns esclarecimentos sobre o Fator Rh.

Infecção puerperal. — Dr. Galvão Nunes Vieira. — O A. apresentou a discussão de um caso de infecção puerperal, internado no 22.º dia de moléstia, com broncopneumonia febre a 40, cedendo logo à aplicação de Penicilina nacional, mas havendo reincidência com a suspensão da medicação para cair com nova injeção da mesma e voltar noutra vez com a cessação do emprêgo da droga. Sobreveio sopro aortico e pensou-se em endocardite septica, mas com Penicilina estrangeira houve melhora. Sobrevieram alguns abcessos, apesar da associação de sulfas à Penicilina. O caso terminou bem, com a cura da doente.

Discussão: O dr. Hercílio Marroco externou a sua opinião dizendo que o abcesso fez o papel de abcesso de fixação. O dr. Francisco Finocchiaro falou sobre febre puerperal, achando que o quadro seticêmico dependesse do estado pulmonar. O dr. Eurico Branco Ribeiro referiu-se ao valor da Penicilina brasileira. O dr. José Ribeiro de Carvalho falou sobre a piemia em relação à penicilino-terapia. O dr. Paulo Bressan citou o caso de uma pneumonia no decurso de penicilino-terapia. O dr. Carlos Lacaz discutiu o caso do ponto de vista microbiológico, mostrando a conveniência de fazer cultura para anaeróbios. Discutiu-se ainda a questão da dosagem da Penicilina.

Centro de Estudos “Franco da Rocha”

SESSÃO DE 20 DE FEVEREIRO

Presidente: Dr. Darcy Mendonça Ulhôa

Sobre um caso de melancolia ansiosa. — Dr. Henrique Mendes. O A. disse que o que determinara a apresentação do caso em aprêço fôra o fato de se tratar de uma paciente doente há quatro anos, cujos distúrbios cessaram após ter sido submetida à leucotomia, intervenção que fôra decidida após a verificação do fracasso de outros processos terapêuticos. Tratava-se de uma paciente de 63 anos de idade, portadora de um quadro clínico de melancolia ansiosa, desencadeado logo após o falecimento de uma filha (tuberculosa há 16 anos); julgava que havia descuidado do trato da mesma, atormentando-se terrivelmente com esse pensamento, toda sua ideiação, mimica e gesticulação, todo seu psiquismo, enfim, polarizado e dominado por intensos sentimentos de culpa estritamente confinados, monótonos, fixos, sempre se traduzindo pelas mesmas expressões verbais, as mesmas exclamações de dor, a mesma ansiedade, a mesma inquietação motora. Os tratamentos de choque (Cardiazol, insulina e eletrochoque) praticados nos hospitais que precederam sua internação no Juqueri, resultaram praticamente negativos; como último recurso foi submetida à leucotomia de Egaz Muniz, no dia 27 de janeiro p. passado tendo sido operada pelo dr. A. C. Barreto, decorrendo o ato operatório sem maiores incidentes. O tempo de observação ainda é relativamente curto, 23 dias, mas o resultado imediato foi o de uma remissão completa, mostrando-se a paciente calma e sossegada, criticando com certa precisão seu passado, reconhecendo a morbidez de suas reações emocionais ante a questão do falecimento da filha, etc. O A. reconhece a necessidade de maior tempo de observação para se po-

64)

der avaliar devidamente a profundidade da remissão obtida.

Psicocirurgia: seleção e reeducação dos doentes. — Dr. A. C. Barreto. — Inicia o A. historiando a evolução da cura dos doentes mentais pela cirurgia, mostrando quanto esta é antiga. Cita que, foi somente com a leucotomia pré-frontal de Egaz Muniz, em 1935, que o assunto voltou a ser focalizado sob novas bases, encontrando adeptos e continuadores, em diferentes países. Refere-se, em seguida, a Walter Freeman e James Watts, que em 1936, generalizaram esse novo método terapêutico, propondo a lobotomia pré-frontal com intervenção ideal.

Faz, depois, referência sobre as várias técnicas: de Muniz, Freeman, Lyerly e Crombie.

Entra a seguir, na questão da seleção dos doentes; mostra sua importância, e, também a divergência existente entre os autores, divergência essa no que se refere à indicação cirúrgica; os entusiastas do método que propõem uma psicocirurgia extensa como primeiro tratamento psiquiátrico; e os moderados que, mais restritos na indicação psicocirúrgica as propõem como tratamentos finais, após as outras tentativas terapêuticas.

Reporta-se em continuação ao seu estudo, aos resultados obtidos na esquizofrenia, na psicose maniaco-depressiva, na psicose de involução, nas personalidades psicopáticas e na epilepsia psíquica, cuja estatística é boa e parece confirmar a indicação terapêutica. Salienta, finalmente, a necessidade de cuidados pós-operatório ao convalescente, encarecendo o papel da enfermagem especializada na reeducação dos doentes submetidos a psicocirurgia.

Sociedade do Serviço do Prof. Celestino Bourroul

SESSÃO DE 22 DE FEVEREIRO

Presidente: Dr. Fortunato G. Gianonni

Psicocirurgia: técnica e resultados. — Dr. Antonio Carlos Barreto. — O A. inicia tecendo ligeiros comentários sobre a psicocirurgia. Cita as bases anátomo-fisiológicas da leucotomia de Egaz Moniz e da lobotomia de Freeman-Watts. Com bastante minúcia, usando pranchas e radiografias, expõe as técnicas usadas por Egaz Moniz na alcoolização e leucotomia da lóbo préfrontal; por Freeman, Lysterly e Crombie na lobotomia, e os processos que tem usado, nos doentes por ele operados no Hospital Juqueri, que já ultrapassou o número de 200. Comenta os ótimos resultados que obteve com a leuco e lobotomia, apesar dos doentes serem na sua maioria crônicos, e já terem passado pelos outros processos terapêuticos: eletrochoque, cardiazol ou insulina, sem resultado algum.

O eletrochoque na terapêutica das psicopatias. — Acad. Ibrahim Mathias. — O A. após fazer considerações sobre o emprego da electricidade no diagnóstico e terapêutica das mais variadas moléstias, faz um resumo histórico desde Leduc e Cerletti e Bini, os proponentes da eletroconvulsoterapia. Faz considerações de ordem técnica, mostrando serem os modernos aparelhos de um só circuito os mais práticos e mais facilmente manejáveis. Descreve depois o estado pelo qual passa o paciente submetido ao eletrochoque fazendo um estudo comparativo com o que se observa no cardiazol. Diz também do emprego terapêutico e das contra indicações do método, assim como das complicações para as quais chama a atenção. Sobre o mecanismo da eletroconvulsão o conferencista

diz ser ainda ponto obscuro, salientando porém, a semelhança entre as crises epiléticas, fazendo a comparação entre os respectivos encefalogramas. Refere-se às disritmias de Lennox, dando a definição moderna de epilepsia como sendo a expressão clínica duma disritmia elétrica do cérebro. Segue-se, depois, uma demonstração prática dum doente na enfermaria que vinha sendo submetido à eletroconvulsoterapia.

Comentários: Prof. Mario Luis de Finis, referindo-se à exposição do acad. Ibrahim Mathias, recordou as observações de Luciani sobre os acessos convulsivos produzidos em animais pela aplicação de corrente farádica na cortex psicomotora, conforme a lei de generalização. Lembrou as observações de Baglione sobre os efeitos da aplicação de estricnina na cortex de cães e os estudos de Arnantes e colaboradores na produção da epilepsia reflexa experimental. Mencionou algumas investigações realizadas com o prof. Martino no Instituto de Fisiologia de Assunção assim como outras levadas a cabo em investigações sobre traçados eletroencefalográficos, com o prof. Odoriz no Instituto de Fisiologia de Buenos Aires, relativos a animais submetidos à epilepsia reflexa experimental, traçados nos quais pode-se observar deflexões elétricas de vários tipos, com fase regular, irregular, desideração análogas e comparáveis aos obtidos em clínicas humanas no estudo do "grande mal".

Sugeriu que a convulsoterapia por eletrochoque poderia ser explicada de forma análoga à admitida para a epilepsia reflexa experimental. Poderia admitir-se, que de acôrdo com os resultados das

eletroencefalogramas obtidos na cortex oposta sobretudo quando esses centros foram submetidos previamente a ação de drogas paralizantes como o clorofórmio ou cloreto de uretana que a disritmia eletroencefalográfica iniciada em uma área cortical quando esta se acha superexcitada, reacionária diante dos estímulos aferentes nor-

malmente sub-lineares, ou generalizando-se rapidamente a toda a cortex e certamente a centros subcorticais os quais tomariam parte na fase de convulsão generalizada. Manifestou o interesse das investigações como a em questão para a elucidação futura dos mecanismos cerebrais em jogo nas afecções convulsionantes.

Outras Sociedades

Centro de Estudos Franco da Rocha, sessão de 20 de fevereiro, ordem do dia: Nota prática sobre um caso de melancolia ansiosa — Dr. Henrique Mendes; Seleção e reeducação dos doentes na psicocirurgia — Dr. A. C. Barreto.

Instituto Biológico, sessão de 9 de março, ordem do dia: Efeitos tóxicos dos extratos de *Ascaris* em relação com o problema do choque anafilático — Dr. M. Rocha e Silva; Significação das secas em relação à vegetação — Prof. P. Kawitscher.

Serviço do Professor Edmundo Vasconcelos, sessão de 23 de fevereiro, ordem do dia: Moléstia de Vaquez-Osler — Dr. Michel A. Jamara; Reticulo-histiocitoma, Moléstia de "Kaposz" — Drs. Michel A. Jamara, Constantino Mignoni e Costa Pinto; Embolia da femural. Embolectomia. Cura — Prof. Edmundo Vasconcelos.

Sociedade Paulista de História da Medicina, sessão de 27 de fe-

vereiro, ordem do dia: A propósito do cinquentenário da Sociedade de Medicina e Cirurgia — Prof. Dr. Ulisses Paranhos; O Zacuto Luzitano — Dr. Arnaldo Amado Ferreira; Organização social e religiosa dos índios Tucanos — Dr. E. Bioeca.

Sociedade Paulista de Medicina e Higiene Escolar, sessão de 17 de fevereiro, ordem do dia: Recentes estudos sobre novos fatores vitamínicos — Prof. Carlo Foà.

Sociedade do Serviço do Professor Celestino Bourroul, sessão de 26 de janeiro, ordem do dia: Entrega do Prêmio Celestino Bourroul ao Prof. Samuel Barnsley Pessoa e Dr. Mário Pereira Barreto — Prof. Celestino Bourroul.

Sociedade do Serviço do Prof. Celestino Bourroul, sessão de 1 de março, ordem do dia: Metabolismo glicídico e glândulas de secreção interna — Prof. Dr. Mario Luis de Finis.

DRAGEAS
DESENSIBILISAÇÃO
GRANULADOS

AOS CHOQUES

PEPTALMINE

ENXAQUECAS
 PERTURBAÇÕES DIGESTIVAS
 Por ASSIMILAÇÃO DEFEITUOSA

Fabricada no Brasil com licença especial e sob o controle do
 LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIFIQUES-Paris
Únicos distribuidores para todo o Brasil
SOCIEDADE ENILA LTDA.
 Rua Riachuelo, 242 — Rio

URTICARIA
ESTROPHULOS
PRURIDOS - ECZEMAS

IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Arquivos de Cirurgia Clínica e Experimental, VIII, 3, junho 1944 — Graduação da malignidade dos carcinomas — Moacir de Freitas Amorim.

Arquivos de Dermatologia e Sifilografia de São Paulo, VIII, 3-4, setembro-dezembro 1944 — Considerações sobre a radioterapia nas dermatoses — João Paulo Vieira; Algumas considerações sobre a incidência do Pênfigo no Estado de São Paulo — João Paulo Vieira; Sarcomas primitivos da pele — Hildebrando Portugal; Estudo do mecanismo íntimo da sóro-reacção de Wassermann — Humberto Cerruti; Contribuição ao estudo do síndrome de Chiari — José Ricardo Alves Guimarães e Francisco Bergamin; Iconografia dermatológica — Os valdo G. Costa.

Boletim de Higiene Mental, I, 6, fevereiro 1945 — Assistência aos Menores Anormais — Celso Guimarães da Fonseca.

Publicações Médicas, XVI, 4 novembro 1944 — Sideremia e tuberculose pulmonar — Custódio Figueira Martins; Afecções cardiovasculares e ecg normal — Dante Pazzanese e Silvio Bertacchi.

Revista Clínica de São Paulo, XVI, 6, dezembro 1944 — Malaria quartã — Gastão Rosenfeld; sobre dois casos de parasitismo do homem pelo *ancylostoma caninum* — Mauro Pereira Barreto e A. Dácio Franco do Amaral.

Revista do Instituto Adolfo Lutz, IV, 1-2, dezembro 1944 — Estafilococcias — Eça Pires de Mesquita; Sobre uma nova espécie do gênero *Eberthella* Buchanan, isolada de fezes patológicas de criança — Luis de Salles Gomes; Estudos

comparativos entre os meios de Wilson e Blair, para isolamento de *E. typhosa* e os meios de Holt-Harris-Teague e de Calazans-Rangel Pestana — Augusto de E. Taunay, Ettore Rugai e Maria José Faraco; Meios de cultura para pesquisa de *Salmonelas* intestinais — Augusto de E. Taunay, Gilda Alvares Corrêa e Carlos Toledo Fleury; Sobre um caso fatal de "Strongyloidiasis" — Carlos Toledo Fleury; Contribuição ao estudo de plantas medicinais — Jordano Maniero; *Dadoxylon Whitei* sp. n. — Jordano Maniero.

Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo, X, 2, março-abril, 1944 — Centralização dos Serviços Hospitalares de Assistência aos Insanos e a Questão dos Hospitais Psiquiátricos Regionais de São Paulo — Lopes Rodrigues.

Revista Paulista de Medicina, XXV, 6, dezembro 1944 — Um aperfeiçoamento do instrumento de sutura Singer útil para seu uso na Cirurgia do Tórax — Eduardo Etzel.

Resenha Clínico-Científica, XIV, 2, fevereiro 1945 — El factor humano en los vuelos a gran altura y velocidad — Amedeo Herlitzka; Acidose salicilica — J. P. Lopes Pontes e Hélio Fraga; As bases experimentais da fisiopatologia da hipertensão arterial — II parte — Carlo Foà.

São Paulo Médico, XVII, II, 6, dezembro 1944 — Tratamento da Disectasia do colo da bexiga urinária — Eduardo da Costa Manso; Patogenia do Adenoma da Próstata — Cláudio Erminio; Contribuição para o estudo da Sudorése — Carlos Virgílio Savoy; Peste dos Polmões ou Pneumoenterite dos Bezerros — Octavio de Magalhães.

Therapia, VI, 3-4, julho-dezembro 1944 — Penicilina, suas propriedades e poder como agente terapêutico — Lawrence P. Garrod; A descoberta da penicilina — Alexander Fleming; A descoberta das propriedades quimioterapêuticas da penicilina — E. Chain e H. W.

Florey; A penicilina para cultura selectiva e para demonstrar inibições bacterianas — Alexander Fleming; Várias substâncias antibacterianas procedentes de bactérias e fungos — E. Chain; Os usos clínicos da penicilina — M. E. Florey.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Primeiro Congresso Médico-Social Brasileiro

Instalação solene. — Com a presença de representantes do mundo oficial paulistano, representantes de sindicatos e entidades médico-culturais do País e da classe médica em geral, e, ainda de prestigiosas figuras da nossa sociedade, realizou-se a 8 de março a reunião solene de instalação do I Congresso Médico-Social Brasileiro.

Fêz uso da palavra, abrindo os trabalhos, o Prof. Antonio Candido Camargo.

Logo depois, fêz-se ouvir o Sr. Fernando Nobre Filho, representante do Ministro Marcondes Filho.

O discurso oficial de inauguração do certame foi proferido pelo Sr. Dr. Alberto Nupieri e versou sobre os vários aspectos dos principais problemas da medicina social e do médico em nosso país, com os seguintes tópicos: — “A lampada da vida”; “Humanização da riqueza”; “Assistência e Estado”; “Seguros sociais”; “Crianças abandonadas”; “Reinvidicações comuns e específicas”; “Indisciplina”.

Oraram ainda dois Congressistas, e a primeira reunião foi encerrada.

Segunda sessão. — Realizada no dia 9, às 9 horas, foi aberta pelo prof. Paiva Ramos, membro da Comissão Executiva do conclave. Foi a mesma presidida e secretariada pelos drs. Menandro Novais e Alvaro Faria, respectivamente.

Foram submetidas à discussão as seguintes teses:

1) Dr. Jayme Poggi: “Regulamentação legal dos trabalhos médicos nas organizações hospitalares”.

2) Dr. Alberto Nupieri: “Idem, nas entidades médicas assistenciais”.

3) Dr. Jaci Magalhães: “Idem, nas organizações industriais”.

Durante o Congresso foram discutidas as seguintes teses oficiais:

I) “Regulamentação legal do trabalho médico nas organizações hospitalares” — Relator, Dr. Jaime Poggi, do Rio de Janeiro.

II) Idem nas entidades médico-assistenciais — Relator, Dr. Alberto Nupieri, de São Paulo.

III) Idem nas organizações industriais — Relator, Dr. Jaci Magalhães, do Ceará.

IV) Idem nas zonas rurais — Relator, Dr. Otavio Magalhães, de Minas Gerais.

V) “Seguro-doença” — Relator, Prof. Matos Barreto, do Paraná.

VI) “Ordem dos Médicos” — Relator, Dr. Paiva Ramos, de São Paulo.

VII) “Instituto de Previdência” — Relator, Prof. Flaminio Favero, de São Paulo.

VIII) “Assistência aos menores abandonados” — Relator, Dr. Carlos Prado, de São Paulo.

IX) Idem aos menores delinquentes — Relator, Prof. Mauricio de Medeiros, do Rio de Janeiro.

X) "Exame Médico-pre-nupcial" — Relator, Dr. Nelson Chaves, de Pernambuco.

XI) "Assistência médica às populações rurais" — Relator, Dr. Humberto Pascale — São Paulo.

XII) "O fornecimento de medicamentos padrões às populações necessitadas" — Relator, Dr. Raul Schmidt, da Bahia.

Teses livres — 1) "O problema do médico", Dr. A. Reis; 2) "A neurasstenia endocrina e sua importância social" Dr. Anibal Bitencourt; 3) "Assistência médica às populações rurais", Sociedade Médica de Barretos; 4) "Assistência médica às populações rurais", Dr. Demosthenes Guanaes Pereira; 5) "O tabaco produz cancer?" — Críticas e estudo sobre o cancer da lingua, Dr. Jacob Kopes; 6) "Seguro-doença", Dr. Dario de Carvalho Franco; 7) "Plano Beveridge. Seguros sociais e socialização da medicina", Dr. Alberto Nupieri; 8) "Salários e salário mínimo", Dr. Alvaro de Faria; 9) "Remuneração para o trabalho médico", Dr. Alvaro de Faria; 10) "Democratização dos conhecimentos médicos", Dr. Alvaro de Faria; 11) "A dor, o médico e os deveres do Estado para com este", Dr. Deusdedit Alves; 12) "Esquistosomose no nordeste brasileiro", Dr. Publio Dias; 13) "Assistência Médica aos menores abandonados", Dr. Virgilio A. C. Pinto; 14) "Problemas sociais da alimentação", Dr. Francisco Araujo Filho; 15) "Seguro-doença", Dr. Valois Souto; 16) "Médicos e medicina em função da sociedade", Dr. A. Cormato; 17) "O problema médico-social do homem rural brasileiro", Dr. G. de Sousa Pinto; 18) "Instituto de Previdência dos profissionais da medicina", Dr. J. Lisboa Jr.; 19) "Relatório sobre defesa da classe", Dr. Bifano; 20) "Manutenção do nível científico e atualização da cultura médica", Dr. Edgard Teotônio de Santana; 21) "Porque a farmácia brasileira tem falhado no meio médico social", Dr. J. Coriolano de Carvalho; 22) "Assistência médica rural", Dr. J. Figueiredo Lopes;

23) "Regulamentação do horário de trabalho do radiologista", Dr. Miguel Centola; 24) "O problema do cancer do aparelho genital feminino, no interior", Dr. João Peres; 25) "Plano para execução e solução técnica do problema das creches", Dr. A. Gomes de Matos; 26) "Censo luetico", Dr. Durval Rosa Borges; 27) "A luta contra a sífilis no Instituto dos Bancários", Dr. Durval Rosa Borges; 28) "A profilaxia da invalidez pelo exame periodico de saúde", Dr. Mario Siqueira Campos; 29) "Seguro, Saúde, Seguro-doença", Dr. José A. de Magalhães; 30) "Socialização da Medicina", Dr. Magalhães Jesus; 31) "Eugenia", Dr. Manoel Sader; 32) "Reação Migliano", Dr. Luis Migliano; 33) "Combate à tuberculose no Instituto dos Bancários", Dr. Elisio Silva; 34) "Exame pre-nupcial", Dr. Romeu Leão Cavalcanti; 35) "Incidência, causas e profilaxia das doenças mentais nos bancários", Dr. Francisco de Sá Pires; 36) "Profilaxia das desordens do comportamento", Dr. Joy Arruda; 37) "Influência das condições sociais sobre o ciclo gravídico-puerperal", Dr. Busamara Neme; 38) "Centro de Noivas", Dr. João Amorim; 39) "Proteção da mulher grávida através do seguro-doença", Dr. Alkindar Soares; 40) "A proteção à infância no Instituto dos Bancários", Dr. A. Cintra do Amaral.

Sessão realizada às 21 horas do dia 9 de março. — Presidente: Prof. Barros Barreto. Trabalho apresentado:

(1 Dr. Jaime Poggi: "A regulamentação do trabalho médico nas organizações hospitalares".

Resumo do estudo — "O salário mínimo está vinculado ao principio da remuneração de todo o trabalho onde quer se exerça ele. Mas remuneração digna, conforme os imperativos da época. Salário mínimo deve exprimir algo de substancial, isto é, o mínimo de remuneração capaz de assegurar ao individuo condições dignas de vida. E é a valorização do trabalho o meio de assegurar um padrão de

vida digno, em seu aspecto econômico, cultural e espiritual. É evidente que tal valorização deve ser potencializada quando se trata de obreiros de elite como é o médico. Então, o padrão de vida tem uma expressão mais ampla porque suas exigências econômicas e culturais são superiores à média comum, pois a missão, de que é investido na sociedade, só pode ser executada por grupos de escol, exigindo acendrado espírito de renúncia. Como devemos compreender objetivamente o salário mínimo? Qual o seu setor em face de nosso tema?

Entendemos por organizações médico-assistenciais os departamentos médicos das entidades para-estatais, as mutualidades, as ordens de beneficência, as sociedades de caráter mercantil prestadoras de socorros médicos, etc. Nos institutos de previdência, se é certo que em alguns deles os vencimentos se libertaram daqueles salários "pouco menos que servis" a que se refere a encíclica "rerum Novarum", há ainda necessidade de muito trampolim para o salto que os deverá elevar até o salário mínimo. Nas demais entidades se impõe então uma modificação radical do "statu quo" que em seu aspecto remunerativo e hierárquico assim se vem mantendo com desprezíveis alterações, desde seus primórdios.

A necessidade torna-se cada vez mais imperiosa em face da centralização estatal crescente da assistência médico-social.

O salário mínimo deve ser função de um mínimo de horas por dia e um máximo de consulta durante esse período.

Estabelecemos uma preliminar: não deve subsistir toda a entidade incapaz de satisfazer essa fórmula, pois malogra em seu objetivo quem não pode remunerar com um mínimo digno seu obreiro máximo, que é o médico.

Propomos para fórmula padrão um salário mínimo de Cr\$ 25,00 diários, ou seja, 25 x 30 igual a Cr\$ 750,00 por mês, um máximo de 4 horas, com um máximo de

seis consultas novas e duas em andamento, por hora.

Para os médicos visitantes seriam assegurados: condução adequada, por conta do empregador, descanso semanal, férias e licenças, segundo modalidades existentes no funcionalismo público.

Para os médicos que trabalham em zonas consideradas insalubres, o salário mínimo deve ser majorado com a bonificação de lei e sua aposentadoria deverá verificar-se com 25 anos de exercício.

O médico necessita realizar sua missão em ambiente de segurança funcional e elevação moral. Ao abrigo de perspectivas ameaçadas da sua estabilidade e da sua dignidade, isto é, ao abrigo de demissões sumárias e preterições injustas, encontrará ele as condições capazes de elevar ao máximo seu rendimento profissional. A hierarquia do quadro médico, desde sua etapa inicial até a chefia, será regulamentada através das provas seletivas usuais. O estágio assecuratório da estabilidade fixado para o trabalho manual em dez anos, cumpre ser reduzido a dois anos, tempo suficiente para demonstração de sua eficiência.

Nos setores de atividade que exigem, por força de sua natureza especial, uma total identificação entre agente e função, o que se exprime no tempo integral, adotar-se-ão seis horas diárias e um vencimento inicial de Cr\$ 3.000,00 mensais. Mas não deve terminar aí a remuneração por tempo integral. Sem perspectiva de majoração, sem horizonte, uma remuneração que morre já no seu nascedouro constitui erro funcional de consequências facilmente presumíveis. Onde a conveniência de introduzir um fator novo remunerativo que consista num adicional de 10 por cento bialenal.

O Sindicato dos Médicos de S. Paulo, podemos afirmar com satisfação, foi pioneiro das solicitações da classe aos poderes públicos.

São as seguintes as conclusões:

1) O trabalho médico nas organizações médico-assistenciais apre-

sentia, ao lado do denominador comum de todas as categorias, fatores específicos que justificam condições especiais de trabalho.

II) O trabalho é dever social e todo êle deve ser remunerado! Tal o imperativo da época, e o médico deve ser, enquadrado nessa formula. A assistência médica é obrigação precipua do Estado e a êle incumbe, direta ou indiretamente, remunerar o médico, seja qual for a sua entidade empregadora;

III) A prestação gratuita do trabalho médico é anacrônica em face da centralização estatal e para-estatal dos serviços médico-assistenciais;

IV) O salário mínimo calcado sobre pronunciamentos da classe através de modalidades diversas, sobretudo de suas entidades representativas, bem como sobre recém-manifestações do IV Congresso Médico Sindicalista do Rio de Janeiro e em função das condições economicas atuais, julgamos que deve ser fixado em Cr\$ 30,00 por hora, ou seja, Cr\$ 750,00 por mês e estabelecido dentro daquela um máximo de seis consultas novas e duas em andamento;

V) Modificações dêsse salário poderão ser admitidas em função de condições locais economicas especiais, e então elas serão fixadas por comissão tripartida constituída pelo empregador, empregado e Ministério do Trabalho;

VI) Aos visitantes será fornecida condução adequada;

VII) A impossibilidade em satisfazer a conclusão IV deve acarretar a dissolução da entidade, de vez que, incapaz de remunerar com um mínimo digno seu obreiro máximo, que é o médico, está destinada a fracassar na sua finalidade máxima assistencial;

VIII) As organizações de caráter mercantil será exigida uma representação de 50 por cento de médicos na sua administração;

IX) A estabilidade do médico deve ser reduzida a dois anos, estágio suficiente para demonstração de sua capacidade funcional,

e o empregador o assegurará contra acidentes de trabalho;

X) Nos setores considerados insalubres, o médico deve perceber a bonificação da lei e sua aposentadoria ser limitada a 25 anos de serviço efetivo;

XI) Em todas as entidades assistenciais será regulamentado o quadro médico hierárquico, em função dos processos seletivos usuais;

XII) O tempo integral, compreenderá seis horas diárias, uma remuneração inicial de Cr\$ 3.500,00 mensais e adicional bienal de 10 por cento.

Sessão realizada na noite de 10.

— Presidente: Dr. Antonio Candido Camargo. — Conclusões do trabalho apresentado pelo prof. Matos Barreto: "Seguro-Doença".

1) E' imperiosa e inadiável a extensão do Seguro-Doença para todos os órgãos do Seguro Social no Brasil;

2) O Seguro-Doença deve ser universal e familiar;

3) Deve êle abranger a medicina sob todas as suas formas, curativas e preventivas; aquelas devem compreender assistência especializada, hospitalização, elucidação de diagnósticos, assistência dentária e farmaceutica e qualquer elemento subsidiário da atividade clínica ou cirurgica; essas devem compreender as vacinações coletivas e sistemáticas e os levantamentos sorológicos (lues) e torácicos de toda massa de segurados, além de outros recenseamentos que se fizerem indicados. Ainda como medidas preventivas, devem ser realizados exames médicos completos nos candidatos à admissão em qualquer órgão do Seguro Social e o exame periódico de saúde;

4) O Seguro-Doença deve se empenhar especialmente no amparo à criança brasileira, facilitando o exame médico pré-nupcial, dando assistência pré-natal e mantendo serviços ativos de puericultura;

5) Embora certo dos seus resultados imediatos, o 1.º Congresso

Médico-Social declara que em muitos pontos, a eficiência do Seguro-Doença está condicionada à elevação dos níveis econômicos e culturais do nosso povo;

6) Os órgãos que realizarem o Seguro-Doença devem ser centros de educação sanitária e devem ligar-se estreitamente às organizações, fundadas ou a serem fundadas, que cuidem do problema da alimentação;

7) Para a necessária extensão do Seguro-Doença ao homem rural brasileiro as instituições do Seguro Social devem entrar em entendimento íntimo, com cooperativas, departamentos de assistência social, ou qualquer organismo que tenha relações com a vida do interior do País. Na medida do possível deve ser prestada assistência médica direta ao homem rural além de medidas especiais para o combate às endemias peculiares a cada região;

8) Embora conservando orientação técnica uniforme na colheita de dados e na prestação de serviços, não convém a realização do Seguro-Doença através de uma centralização absoluta. Os órgãos que o realizam devem manter certa independência de ação para atender a requisitos especiais de cada zona ou grupo profissional assistido.

Por outro lado, para a prestação de benefícios de instalação e organização onerosas, como sejam hospitais e serviços completos de pronto-socorro, ou ainda para assistência médica em zonas de fraca densidade demográfica de segurados, é de toda conveniência a união de recursos das diferentes entidades interessadas, do Seguro Social;

9) O Diretor Médico dos Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões deve ser membro nato, com direito a voto, dos seus órgãos de administração. O título de médico e o conhecimento especializado sobre Seguro-Doença, são qualidades que aconselham sua indicação para Presidente daquelas entidades;

78)

10) A prestação dos serviços do Seguro-Doença deve ser feita através de médicos funcionários efetivos, não sendo permitida a livre-escolha pelo segurado ou beneficiários, exceto em casos especiais a critério do médico-chefe;

11) O preenchimento de vagas, os honorários e o regime de trabalho do médico funcionário devem obedecer às decisões aprovadas no decorrer desse Congresso.

Sessão Plenária. — Realizada no dia 11 às 20 horas e meia. Foi apresentado pelo Dr. Prof. Paiva Ramos, o tema "**Ordem dos Médicos**", com a conclusão seguinte: — Depois de dizer que à matéria, de tão relevante importância, não bastava a simples condição de relator, o Sr. Paiva Ramos passa a historiar a campanha pró "Ordem", que nasceu em São Paulo sob os auspícios de um grupo de sócios da Associação Paulista de Medicina. Por essa época, 1932, a classe médica do Estado e do país estava a braços com uma situação de visível precariedade econômica, não tão aguda como a atual, mas bastante seria para que os propugnadores da "Ordem" a levassem por diante, como terapêutica feliz e oportuna para os problemas angustiosos da classe. E conseguiram que 70% dos médicos presentes à assembléia realizada na ocasião pela Associação Paulista de Medicina, aprovassem a proposta da organização compulsória da classe, com capacidade coercitiva, o que, em síntese, constituía a estrutura básica da "Ordem", referendada pela Sociedade de Medicina Legal e Criminologia, Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo e Centro Médico do Brás. Em fins de 1935, a "Ordem", em plena ascensão não conseguiu a sua oficialização na antiga Câmara dos Deputados. Mas, por que a "Ordem dos Médicos", após conseguir a sua primeira e esplêndida vitória e várias adesões, não se impôs, perguntou o Dr. Paiva Ramos?

Várias razões, a começar pela denominação que fôra realmente infeliz e se prestava a explorações pois, "Ordem" dava idéia de passado. Dava idéia de feudalismo. E não se compreendia que uma Ordem Médica ditando regras de deontologia, processando médicos sem escrúpulos, fôsse um vergonhoso e lamentável retrocesso. Mas, hoje, muito mais do que ontem — justificou o Dr. Paiva Ramos — o nome de "Ordem" continua sendo uma denominação infeliz. Presta-se a especulações das mais variadas e quem se aventura a defendê-la, poderá ser tachado de fascista e classificado de totalitário. Aliás, esta assertiva foi por Ss. verificada numa das últimas assembleias dos Sindicatos dos Médicos de São Paulo, em que a situação em torno do nome escolhido chegou a ser clara. Todo o partidário dela seria considerado fascista. Sob a alegação de que a prática da medicina não precisa de outras leis senão as leis comuns, as expressões "tutela" e "sanções" constituíam a tecla favorita, contra a qual as hostes adversárias batiam golpes tremendos.

Prosseguindo, o relator disse que os idealizadores da Ordem — segundo proclamaram — decalcaram-na dos advogados. Os opositores objetam que nisso houve engano, pois entre as duas classes não ha simile algum. Cada qual tem os seus problemas. Não se pode comparar a vida do médico com a do advogado. Os dogmas e princípios de cada uma são muito diversos.

Destacou, então, que certas atribuições da "Ordem" invadiam francamente o espaço vital dos Sindicatos existentes. Não devia, pois, causar admiração aos idealizadores da "Ordem" a reação que destes poderia advir. Coube ao Sindicato Médico a campanha contra ela sob a forma de advertência delicada. Data de 1932 a primeira escaramuça. Ultimamente, acabou o Serviço Médico Brasileiro de desfechar o mais decisivo golpe contra a "Ordem", ao comunicar à presidência do Sindicato dos Mé-

dicos de São Paulo que o IV Congresso sindicalista Médico Brasileiro, representado por todos os sindicatos médicos do país desaprovava toda e qualquer idéia referente á criação da Ordem dos Médicos. Diante disso, posteriormente, disse S. s., comuniquei ao presidente da S. M. B. que a iniciativa da organização da "Ordem" fôra afastada completamente e que a questão ficaria condicionada a ulteriores debates dos socios sindicalizados.

Um dos argumentos mais serios contra a instituição, prosseguiu o Sr. Paiva Ramos, é o aspecto social da medicina hodierna. Na época em que ela foi sugerida, ainda se compreendia a sua existência. Hoje, não. A situação é bem diversa. Basta considerar a evolução social do mundo, em cujos horizontes já se pronunciam novas perspectivas para os profissionais da medicina. E' um movimento incipiente mas representa e vale como uma advertência. E' o trabalho médico que se inaugura e se processa sob a forma de colaboração, acarretando vantagens transcendentes, tanto para a coletividade como para a ciência. A "Ordem dos Médicos" enquadra-se perfeitamente no regime do artesanato, mas é incompatível com os rumos que a medicina tomou nos ultimos tempos. Criar a "Ordem" é organizar mais um aparelhamento anacrônico ou esdrúxulo sem função específica no momento. Em face das considerações sumariamente expostas, o Sr. Paiva Ramos concluiu o seu ponto-de-vista, dizendo: "A ordem dos médicos" deve ser completamente afastada de qualquer cogitação por parte da classe. Primeiro, porque ela nunca chegou a existir e segundo porque é ela incompatível com a medicina que se processa hoje em equipes. Os Sindicatos são os únicos órgãos existentes e disseminados em todo o país, amplamente aparelhados, para coordenar, proteger e representar os seus associados em tudo que diz respeito á defesa dos interesses econômicos e á solidariedade

profissional. E os Sindicatos satisfazem plenamente aos anseios da classe. São órgãos para-estatais, reconhecidos pelo governo, com possibilidades para resolver os angustiosos problemas materiais e morais dos médicos. Mas para realmente atingir esses objetivos é preciso que se lhes outorgue a liberdade de ação, liberdade econômica e liberdade de pensamento. Do contrário serão órgãos acorrentados aos guilhões dos carros de triunfo onde se acomodam os mandatários da ocasião".

Conclusões apresentadas pelo Dr. Durval Rosa Borges, Sub-Relator, do trabalho: "**Seguro-Doença**".

"Sr. Presidente. E' com grande prazer que vou sub-relatar este tema, que é um dos mais interessantes do Congresso. De fato, o temario deste Congresso pode ser dividido em duas partes: a 1.ª das reivindicações trabalhistas, e a 2.ª do problema medico-social brasileiro. E justamente o Seguro-Doença resolve, atende e cuida das duas partes: atende a primeira parte, porque o Seguro-Doença será o grande empregador de médicos do Brasil, uma vez desenvolvido ao ponto necessário, para que seja eficiente, ele empregará no Brasil todos os médicos: ao mesmo tempo assiste de maneira eficiente à nossa população e a massa de trabalhadores será o melhor elemento de colaboração para o combate às nossas endemias.

Como sub-relator tenho outra satisfação, pois este tema mereceu dos nossos ilustres colegas do Estado e de outros Estados a melhor acolhida e colaboração; recebi 13 temas correlatos ao seguro-doença e este foi o maior numero de teses apresentadas para um só tema, não somente quanto a quantidade, mas também quanto à qualidade. Todos os trabalhos demonstram um profundo conhecimento da materia, e uma tendência social, onde se sente como base o sentido patriótico e humano em defesa das populações pobres e doentes.

82)

E' obrigação do sub-relator fazer um pequeno relato das teses recebidas. Vamos fazer um resumo rápido sobre os trabalhos, por que, todos eles, com exceção de um só, receberam parecer favorável e serão transcritos na integra nos Anais deste Congresso, onde poderão ser lidos em todos os seus detalhes. Para as conclusões a que chegamos, foram aproveitados todos os pormenores desses trabalhos, analisados e coordenados. Vou assim fazer um breve relatório, pela sua ordem de inscrição:

1.º) O Dr. Dario Augusto Carvalho Franco apresentou uma contribuição ao Seguro-Doença, no qual demonstra completo conhecimento da materia.

2.º) O segundo é do Dr. Alberto Nupieri, secretário geral do nosso Congresso, a quem devemos a sua realização. Fez ele um estudo pormenorizado, dentro de um raciocínio claro e organizado, numa diretriz que está consubstanciada no título "O Plano Beveridge", seguro social e socialização da medicina". Com isso, ele parte da idéia do Plano Beveridge, cuja tendência incarna a solução ideal de todos os problemas médicos sociais do nosso país, e através do seguro-doença deve fazer parte da organização total, com o seguro total, e por último sugere a obrigação da socialização da medicina com o aproveitamento racional de todos os médicos e o levantamento moral e espiritual dos profissionais.

3.º) Em seguida, vem o trabalho do Dr. Valois Souto que trata, particularmente, do seguro da tuberculose. Seria um seguro especial, com receita especial e organização especial para atender somente aos casos de tuberculose e prestar assistência a esses enfermos. E' uma idéia que tem a sua razão de ser, pois, a tuberculose é um grande problema social, e nós temos aproximadamente um milhão de tuberculosos no Brasil. Mas a idéia da comissão é de que devemos encarar o seguro-doença com maior amplitude, abrangendo

todas as modalidades e todos os riscos, de maneira que quando tratarmos do seguro total, é que se deverá voltar a esse assunto em particular, que já foi passado em julgado em congressos anteriores.

4.) O quarto trabalho intitula-se "A luta contra a sífilis no Instituto dos Bancários". O autor apresenta um plano sistemático das comunidades bancárias, em consequência de estatísticas feitas. É autor o proprio sub-relator.

5.º) O tema "Profilaxia e Invalidez pelo exame periódico de saúde" é de autoria do Dr. Siqueira Campos, que trabalha no Instituto dos Bancários e apresenta uma colaboração das mais interessantes. O exame periódico de saúde, realizado de ano em ano ou de dois em dois anos, possibilitaria descobrir todos os casos ignorados de tuberculose, sífilis e casos clínicos em início.

6.º) Merece particular simpatia e é de autoria do Dr. José Augusto Magalhães, velho combatente, o trabalho versando particularmente a assistência à maternidade e à defesa da criança e que nos foi muito útil para as conclusões do nosso tema.

7.º) O sétimo trabalho, que é o único que não vai ser transcrito na íntegra nos Anais do Congresso, porque já se acha enfeitado em livro, é de autoria do Dr. Magalhães Jesus. Trata-se de um livro combativo que prevê uma modificação completa da medicina através da socialização.

8.º) O Dr. Sá Pires, médico-chefe do Instituto dos Bancários do Rio de Janeiro nos apresenta um esquema da luta e da defesa contra os males que atingem os centros nervosos e assuntos correlatos. O A. propõe, além de outras medidas que amparem os bancários, a elevação dos salários.

9.º) Um estudo completo e atual sobre a proteção à mulher grávida nos trouxe o Dr. Alkindar Soares. Nas observações feitas através do seu serviço chega à conclusão de que é possível reduzir o índice da

nati-mortalidade e mortalidade materna. São elementos magníficos que merecem um estudo detalhado, quando fôr em divulgados.

10) Expõe o Dr. Cintra Amaral o que realizou no Instituto dos Bancários, com relação ao exame pre-nupcial e nupcial, e um plano educacional.

11) O decimo-primeiro trabalho é de autoria do Dr. Osvaldo da Cunha Avelar, com relação a assistência médico-social.

Como vemos pelo presente esquema, são 11 teses que mostram bem como o seguro-doença muito virá contribuir para que as massas trabalhadoras brasileiras tenham uma assistência adequada, de forma que no futuro do Brasil surja uma nova civilização.

Hoje, pela manhã, a comissão de teses reuniu-se, juntamente com o relator, e fez pormenorizado estudo de todos os trabalhos apresentados para, em seguida, coordenar as suas conclusões finais, as quais serão postas em discussão".

Um dos pontos mais sugestivos da sessão, foi a divergência entre o relator. Prof. Matos Barreto e o sub-relator, Dr. Durval Rosa Borges, quanto ao ponto da escolha livre do profissional pelo seguro. Vários oradores participaram das discussões uns opinando favoravelmente e outros contra a proposição do sub-relator. Por fim, antes da votação final, foi dada a palavra ao Dr. Rosa Borges que apresentou novos argumentos a respeito do seu ponto de vista, isto é, do médico-funcionário. Obteve maioria quase absoluta, pois apenas teve dois votos contra. Os debates decorreram em meio de grande entusiasmo e elegância.

Em seguida foram lidas várias conclusões sobre a "Regulamentação do trabalho médico nas Organizações Industriais. Hospitalares e Médico Assistenciais", das quais registramos as seguintes:

"O Trabalho Médico nas Organizações Industriais" — a) A assistência médica curativa e preven-

tiva deverá realizar-se através dos Institutos de Previdência que deverão ser reformados e adaptados para o desempenho destas finalidades; b) E' util a existência de organizações assistenciais particulares nas grandes empresas industriais que sofrem, no momento, a falta de uma assistência por parte dos Institutos de Previdência e que, no futuro, poderão completa-la; c) E' necessário a existência de médicos especializados em medicina do trabalho nas fábricas. afim de zelar pelas condições higiênicas dos locais de trabalho e pela prevenção dos acidentes do trabalho; d) Os médicos do trabalho deverão orientar a seleção do pessoal e a sua adaptação às diversas tarefas nos locais de trabalho; e) As fábricas deverão ter serviços médicos capazes de atender os casos de emergência; e f) A remuneração dos médicos de trabalho obedecerá aos critérios estabelecidos nos temas I e II.

"O Trabalho médico nas organizações hospitalares" — tema que provocou vivos debates, dada a sua importância para a classe, teve em plenário as seguintes conclusões:

1 — A assistência hospitalar no Brasil é ainda deficiente e incompleta;

2 — Urge aumentar o número de leitos para todas as especialidades nas capitais e interior do país;

3 — A assistência hospitalar não deve limitar-se à assistência cirúrgica, mas estender-se à maternidade, à tuberculose, à infância, à lepra, à doenças mentais, à doenças infecto-contagiosas, a asilos etc.;

4 — Devem sujeitar-se a controle as organizações hospitalares semi-oficiais, subvencionadas e particulares, no sentido de assegurar assistência técnica efetiva, de acordo com as condições locais;

5 — O trabalho médico nas instituições hospitalares é do tipo assalariado. Deverá ser remunerado condignamente, afim de se asse-

gurarem os direitos e os deveres dos médicos nestas instituições, condições estas indispensáveis a uma assistência técnica efetiva.

6 — Tõda a organização hospitalar deverá ter um quadro mínimo de funcionários médicos efetivos, organizado em base hierárquica e calculado de acõrdo com o número de leitos e da natureza da assistência médica.

7 — A remuneração será feita na base de salário mínimo "full time" ou horário, dependendo de condições específicas:

8 — O salário mínimo "full time" será de três mil e quinhentos cruzeiros no início da carreira, com aumento bial de dez por cento, ressalvando-se as promoções e gratificações. Será de seis horas o dia de trabalho;

9 — O salário mínimo horário será de trinta cruzeiros. O limite máximo de horas de trabalho, este caso, será de 18 horas por semana. As horas extraordinárias serão obrigatoriamente pagas de acõrdo com a legislação em vigor;

10 — O trabalho que oferece risco especial para a saúde do médico (radiologia, radioterapia, radiumterapia, moléstias infecto-contagiosas e anestesia) e serviço prestado em região endêmica deverá ser cercado de medidas técnicas protetoras eficientes, destacando-se a limitação do trabalho diário e o aumento de férias;

11 — Os hospitais poderão optar pelo médico interno residente ou médico de plantão. No primeiro caso, vigorará o regime (full time) em relação ao salário, e o horário obedecerá a uma regulamentação posterior. No segundo caso (médico de plantão), plantão de 12 horas por vinte quatro de repouso com salario horário correspondente a três horas de serviço; e 12 — Na regulamentação destas conclusões deverão participar, obrigatoriamente, representantes dos sindicatos médicos, tecnicamente habilitados.

Trabalho médico nas organizações médico-assistenciais

Em torno desse tema, o sub-relator, Dr. Alvaro de Faria, apresentou as seguintes conclusões:

1) Ainda é insuficiente a assistência médica dadas às populações das cidades e do interior, através das Caixas de Pensões e Aposentadorias, Cias. de Seguros, Beneficências associativas e cooperativas, Instituições de Caridade e de Assistência Social, Serviços Públicos de Assistência, tais como centros de saúde etc.;

2) Nas organizações hospitalares das Instituições médico-assistenciais dever-se-á aplicar as conclusões do tema 1:

3) Toda organização de assistência médica deverá ter um quadro próprio mínimo de funcionários médicos efetivos, organizado em base hierárquica e de acordo com as exigências do serviço;

4) Nos serviços de ambulatórios e de visitação destas organizações, prevalecerão os itens do Tema I quanto à natureza da remuneração e do horário: 30 cruzeiros horários — por 3 horas diárias de serviço — 18 semanais, devendo, as horas extraordinárias serem pagas de acordo com a legislação em vigor e o "full time" de 3.55 cruzeiros mensais, com o acréscimo bienal de 10% do salário inicial;

5) Os médicos visitantes deverão ter condução condigna, automóvel sempre que possível e serão obrigados apenas à metade dos serviços dados em ambulatórios;

(6) A contagem dos serviços dos médicos visitantes de plantão será feita na base de uma visita individual por hora de trabalho;

7) Os serviços de pronto-socorro de plantão ficarão sujeitos à resolução correspondente do tema I.

8) A estabilidade do médico deve ser reduzida a 2 anos, estágio suficiente para o médico demonstrar sua capacidade funcional; e

9) A's organizações de caráter mercantil será exigida uma representação de 50% de médicos na sua administração.

Sessão de 12 de março. — Na sessão realizada nesse dia o Prof. Flaminio Favero, apresentou a tese: "**Instituto de Previdência para os Médicos**". As conclusões sobre o trabalho foram as seguintes:

"1) Já é tempo de cuidar a classe médica de ter sua previdência. Mas, te-la de fato, eficiente pela rapidez de ação, pela boa organização e pela extensão de suas utilidades.

"2) A previdência médica, por ora, não deve competir a um Instituto plasmado nos moldes dos já existentes para outras classes laborativas. Abrangendo todos os profissionais liberais, fariamos uma disparidade grande de interesses tornando complexo em demasia o organismo. Compreendendo apenas os médicos e os para-médicos, seria pequeno o número de interessados para um Instituto de seguro social e, ao lado disso, custosa sua aparelhagem, moroso o trabalho e insuficiente o auxílio oferecido aos beneficiados mais necessitados, isto é, os médicos artezãos livres".

"3) A previdência médica deve ficar a cargo da própria classe, que organizará caixas de ação rápida e menos dispendiosa.

"4) Atendendo a que a Associação Paulista de Medicina já tem o seu Departamento de Previdência, deve ser estimulado o crescimento deste com o apoio da classe médica e o amparo do Estado. Assim, o problema da previdência teria solução razoável e imediata.

"5) Devem ter primazia nos benefícios da previdência os médicos artezãos livres, uma vez que os funcionários públicos já tem amparo conveniente e os funcionários privados podem tê-lo no Instituto dos Comerciantes".

Em seguida foi relatada, pelo Dr. Gomes de Matos, a mesma tese, isto é: "**Instituto de Previdência**

para os Médicos", acompanhada com desusado interesse por todos os presentes, tendo o sub-relator apresentado as seguintes conclusões:

1) que os profissionais da medicina, também participam dos anseios gerais de Segurança Social que agitam a humanidade;

2) que esta Segurança Social deve ser procurada, dentro do Sistema de Seguro Social Brasileiro;

3) que este objetivo será automática e satisfatoriamente conseguido com a vitória do princípio reivindicado da remuneração obrigatória e regulamentação do salário médico, já aprovado neste Congresso;

4) que a criação de um I. P. M. não se enquadra dentro desta legislação por isto que se trata de uma categoria profissional composta de elementos assalariados o não assalariados;

5) que a criação do Instituto proprio fundamentado em método de exceção, dentro do Sistema do Seguro Social Brasileiro, quebra a linha das reivindicações aprovadas por este Congresso.

Recomendo à aprovação deste Plenário as seguintes medidas construtivas que visam ir integrando, desde já, os médicos dentro da Organização de Previdência Social vigente, no qual ele terá que ingressar dentro em breve com instituição do salário mínimo: a) que seja permitido aos médicos já compulsoriamente inscritos em qualquer dos I. P. S., elevar até o limite máximo de risco, descontando do seu salário as diferenças a mais da sua quota e da do empregador; b) que seja permitido a qualquer médico, considerando-o como assalariado potencial, ingressar livremente em um dos I. P. S. pagando as quotas atribuídas ao empregado e ao empregador, até o limite máximo de risco".

Ainda na sessão do dia 12 apresentou a sua tese, o Dr. Alberto Nupieri, subordinada ao tema: **O plano Beveridge, seguros sociais e socialização da medicina**".

86)

Foram esclarecidos os seguintes tópicos: "Humanização da riqueza", "Capilaridade Social das Massas", "Plano Beveridge de Seguros Sociais", "Seguro-Doença", "Socialização da Medicina".

Foram as conclusões as que passamos a transcrever:

1) O fundamento do seguro social consiste em proporcionar ao cidadão todos os meios de recuperação no caso de colapso de sua capacidade de trabalho, quando temporária; garantir-lhe aposentadoria, se definitiva, e assegurar ao seu lar, em qualquer caso, seu habitual ritmo de vida econômico e cultural.

2) O seguro social é dívida do Estado para com o cidadão, e deve suprimir dos programas assistenciais todo fator que represente diminuição da dignidade humana.

3) Os fundos para garantir as promessas do seguro social empenharão todo o cidadão e tem origem triplace; contribuição do empregador, empregado e receita do Tesouro Nacional. Dos lucros excessivos do empregador será derivada quota razoável para sua inversão em benefício do seguro social.

4) A socialisa da maedicina é fenómeno politico-social imposto pela universalisação do seguro-doença que, automaticamente, acarretará a centralisação estatal e para-estatal dos serviços médicos.

5) A criação do Ministério da Saude, centralizará todos os problemas vinculados ao exercicio da profissão e seu enquadramento no seguro-doença.

Sessão de 13 de março. — A tese apresentada nesta data versou sobre "**Assistência a menores abandonados**", sendo relator o Dr. Carlos Penteado.

Sessão Plenária. — No dia 14 de março na sede da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo realizou-se a última sessão plenária do Primeiro Congresso Mé-

dico-Social Brasileiro. O interesse reinante em torno dos trabalhos do certame, desde o seu início, repetiu-se ontem mais uma vez. Com o recinto completamente tomado por numerosa e seleta assistência, teve início a reunião às 21 horas.

Especialmente convidado, presidiu os trabalhos o Prof. Alvaro Doria, catedrático de Medicina Legal da Faculdade Nacional de Odontologia. Participaram também da mesa os Srs. Prof. Antonio Candido de Camargo, presidente do Sindicato dos Médicos de São Paulo; Alberto Nupieri, secretário geral do Congresso, e Ariovaldo de Carvalho, Otávio Magalhães, Humberto Pascale e Raul Schmidt, relatores da noite.

A sessão foi aberta pelo Prof. Alvaro Doria. Tomando a palavra a seguir, o Dr. Alberto Nupieri procedeu à leitura de dois telegramas, enviados, um ao Dr. Alexandre Marcondes Filho, Ministro do Trabalho, e outro ao Dr. Tavares de Sousa, presidente do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro. São os seguintes, respectivamente, os textos dos referidos despachos: "O Primeiro Congresso Médico-Social Brasileiro, em sua sessão plenária de 13 do corrente, ciente da formula do salário mínimo em andamento na sua legislação, felicita, solicitando a V. Exa. tornar a mesma extensiva a todas as unidades do Território Nacional, sem exceção. Saudações. Prof. A. C. Camargo, presidente." "Primeiro Congresso Médico-Social Brasileiro, ciente da formula do salário mínimo, solicita a interferência desse Sindicato perante o Ministro do Trabalho, com o objetivo de

estender a referida formula a todo o Território Nacional, Saudações, A. C. Camargo, presidente".

Foram a seguir relatadas e debatidas as três teses previstas para a sessão de ontem: "Regulamentação legal do trabalho médico nas zonas rurais", "Assistência médica às populares rurais" e "O fornecimento de medicamentos padrões às populações necessitadas", as quais estiveram a cargo dos Srs. Prof. Otávio Magalhães, representante de Minas Gerais; Humberto Pascale e Raul Schmidt, representante da Bahia, respectivamente. Como sub-relator dessas três teses, falou o Prof. Ariovaldo de Carvalho.

Os trabalhos prosseguiram até a madrugada, discutidas as teses apresentadas e assentadas as conclusões, numa atmosfera de profundo interesse por parte de todos os presentes.

Sessão Solene de Encerramento.

— As 20 horas e meia, na sede da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, realizou-se no dia 15 a sessão solene de encerramento do Primeiro Congresso Médico Social Brasileiro.

Abrindo a sessão o prof. Antonio Candido Camargo, passou a palavra ao dr. Durval Rosa Borges, que procedeu, então, a leitura da Declaração de princípios, aprovada por todos os presentes.

Discursaram ainda os Drs. Alberto Nupieri, Alvaro Barcelos e Durval Rosa Borges, e os Congressistas despediram-se deste Primeiro Congresso que ficou registado nos anais médicos brasileiros.

PHILERGON - FORTIFICA DE FATO

DR. SYLVIO COSTA BOOCK**LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS****RUA MARCONI, 48 - 3.º ANDAR - APART. 34 — FONES: 4-7744 E 8-2134**

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo

Eleição da nova diretoria. — Realizou-se no dia 22 de fevereiro, a Assembléia Geral da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo para eleição da Diretoria para o ano Social 1945-46. Foram eleitos: — Presidente, prof. dr. Eduardo Monteiro; Vice-Presidente, dr. Oscar Cintra Gordinho; Tesoureiro, dr. José de Moraes Camargo; Secretário geral, dr. Pedro Ayres Netto (continuação do mandato); Secretários de mesa, drs. Paulo de Almeida Toledo e Nairo

França Trench, dajuntos do secretário geral.

Presidentes das Secções: — Medicina Geral, dr. Urbano Silveira; Cirurgia Geral, prof. dr. Edmundo Vasconcelos; Medicina Especializada, prof. dr. Adherbal Tolosa; Cirurgia Especializada, dra. Carmen Escobar Pires; Ciências Aplicadas, dr. José Dutra de Oliveira; Medicina Social, dr. Edgard Braga.

Comissão do Patrimônio: — dr. Franklin de Moura Campos, dr. J. A. de Mesquita Sampaio, dr. Roberto Oliva e prof. dr. Carlos Gama.

Universidade de São Paulo

Posse de novo catedrático. — Efetuou-se no dia 16 de fevereiro pela manhã, a cerimônia da posse do Professor Eurico da Silva Bastos, na Cátedra de Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Esse ato, que se revestiu de grande solenidade, foi realizado na Sala da Congregação, com a presença dos Srs.: Tenente Teodoro Almeida Pupo, representando o Sr. Interventor Fernando Costa; Prof. Melo Maris, Secretário da Agricultura; Nelson Luís do Rego, Secretário da Interventoria, além dos membros da Congregação, grande

número de médicos, amigos e admiradores do recipiendário.

Aberta a sessão pelo Professor Benedito Montenegro, Diretor da Faculdade de Medicina, foi nomeada uma comissão para introduzir no recinto o novo membro da Congregação, que, à entrada, foi vivamente aplaudido. A seguir, o Prof. Raul Briquet saudou, em nome dos seus colegas, o novo companheiro. Agradecendo, o Prof. Eurico Bastos teceu comentários sobre a posição da Técnica Cirúrgica e da Cirurgia Experimental. Depois de encerrada a sessão, foi o novo catedrático muito cumprimentado.

Necrologia

Dr. Antonio Murtinho Nobre. — Continua tendo a mais intensa e dolorosa repercussão a notícia do subito desaparecimento, ocorrido no Rio, aonde fôra em rápida viagem, do eminente médico homeopata, Dr. Antonio Murtinho Nobre, que em São Paulo clinicava há trinta e cinco anos, com o mais alto espírito altruístico.

Em meio à consternação determinada pela irreparável perda sur-

ge uma notícia consoladora: a admirável e utilíssima instituição clínica criada por Antonio Murtinho Nobre será plenamente mantida. Ficará à frente dela o Dr. Estevão de Almeida Prado. Portador de um nome ilustre e tradicional, há cerca de dezesete anos que o Dr. Estevão de Almeida Prado vinha sendo assistente e companheiro de trabalho do Dr. Murtinho Nobre. Era o seu discípulo dileto, merecedor de tôda a sua confian-

ça. Entregue a um tão valoroso continuador, que já afirmou do modo mais completo e brilhante a sua personalidade de cientista e de

clínico, a obra magnífica a que Antonio Murtinho Nobre devotou a sua existência, será sustentada em benefício dos que sofrem.

Sociedade de Gastro-enterologia e Moléstias da Nutrição

Premios científicos a serem distribuídos. — Por intermédio de seu presidente, Prof. Franklin de Moura Campos, a Sociedade de Gastro-enterologia e Nutrição, recebeu do Dr. Tomaz Pimentel, Diretor dos Laboratórios Sanitas do Brasil, a oferta de cinco premios anuais a serem disputados entre médicos e estudantes de medicina. Serão denominados "Premios Laboratórios Sanitas", cabendo três para médicos brasileiros e dois para estudantes de medicina, importando o seu total em Cr\$ 50.000,00, assim distribuídos: a) médicos — 1.º premio, Cr\$ 20.000,00; 2.º premio,

Cr\$ 10.000,00; 3.º premio, Cr\$ 5.000,00; b) para estudantes — 1.º premio, Cr\$ 10.000,00, 2.º premio, Cr\$ 5.000,00.

Presentemente está sendo elaborada a regulamentação dos premios em apreço, que será oportunamente publicada. Entretanto, o primeiro certame, que se encerrará a 31 de dezembro do corrente ano, deverá versar sobre assuntos de medicina experimental; o segundo para 1946, sobre clínica médica (geral ou especializada); e o terceiro, para 1947, sobre clínica cirúrgica (geral ou especializada).

Centro de Estudos "Franco da Rocha"

Premio Fausto Guerner. — Instituído pelo Centro de Estudos Franco da Rocha e subscrito por amigos e colegas do saudoso psiquiatra Fausto Guerner, será conferido todos os anos, alternadamente, a trabalhos de psiquiatria e de neurologia.

Pelo trabalho premiado o A. receberá um diploma honorífico e a importância de 1.500,00 cruzeiros, em sessão solene de posse da Diretoria, a se dar no mês de outubro de cada ano.

As inscrições estarão abertas nos períodos de 1 de janeiro a 4 de

maio, sendo que a primeira, para trabalhos de psiquiatria e ramos afins, será naquele período de 1946. Os trabalhos deverão obedecer às condições padrão e vir rigorosamente sob pseudônimo. Poderão concorrer médicos brasileiros em geral ou sócios estrangeiros do Centro de Estudos. As inscrições dos trabalhos deverão ser feitas na Secretaria do Centro (Hospital de Juqueri - São Paulo) e, aos interessados em maiores detalhes, será enviada, mediante pedido, cópia do regulamento.

TRANSPULMIN



Sociedade do Serviço do Prof. Celestino Bourroul

Posse da nova diretoria. — Em sessão realizada a 26 de janeiro, tomou posse a nova diretoria eleita para o corrente ano, que ficou assim constituída: Presidente, Dr. Fortunato Gabriel Giannoni; Vice-Presidente, Dr. Febus Gikovate; Secretário, Dr. Diogo Pupo No-

gueira; Tesoureiro, o academico Joaquim Bueno Neto.

Abrilhanaram a solenidade daquele momento, usando da palavra os Drs. Aldo B. de Finis e Fortunato Giannoni, que deleitaram o auditório com suas palestras cheias de entusiasmo e inspiração.

Sociedade Paulista de Medicina e Higiene Escolar

Posse da nova diretoria. — Realizou-se a 17 de fevereiro, p. passado a posse da nova mesa diretora dessa Sociedade, que ficou assim constituída:

Presidente: Dr. Armando de Ar-

ruda Sampaio; Vice-Presidente: Dr. Danton Siqueira Malta; 1.º Secretário: Dr. Joy Arruda; 2.º Secretário: Dr. Tarcizo Leonce Pinheiro Cintra; Tesoureiro Dr. Benedito Mendes de Castro.

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Bacteriologia. — Carvalho Lima, 4.ª edição do autor, S. Paulo, 1945.

Fato auspicioso e significativo na literatura médica nacional é o aparecimento de um livro em quarta edição. É sinal seguro do valor da obra. Parabens para o autor, parabens para a produção médica brasileira! Lançando a 4.ª edição do seu excelente compendio de bacteriologia, já melhorada com orientação prática do diagnóstico introduzida na 3.ª edição, o A. incluiu agora no texto "proveitosos conhecimentos adquiridos durante este periodo e notáveis investigações científicas realizadas no estrangeiro". O livro é essencialmente didático; fundado na experiência que o A. adquiriu no seu largo tirocineo na prática civil, na cátedra e na direção do Instituto

90)

Adolfo Lutz. O volume contém perto de 700 páginas com numerosas figuras e planchas em negro e a cores.

Tifus exantemático, F. Fonseca e Fr. Wohlwill; **La lucha contra el tifus exantemático,** J. Estellés Salarich, Salvat Editores, Barcelona, 1944.

São dois livros que se complementam. O primeiro contém a história, a etiologia, o quadro clínico, a anatomia patológica, a epidemiologia, a profilaxia e o tratamento do tifo exantemático, incluindo também uma parte dedicada à generalidades sobre ricketesioses; é um verdadeiro tratado, baseado nos trabalhos dos cientistas portugueses, franceses e espanhóis em sua experiência clínica e labo-

ratorial em Lisboa, Madri, Casablanca, Rabat e Argel; o volume contém mais de 200 páginas, com numerosas ilustrações.

O segundo livro focaliza os aspectos sanitários do tifo exantemático. Faz o estudo do piolho transmissor e aponta as medidas de profilaxia, com o despolhamento, a cianidização, a desinfestação dos meios de transportes, logares públicos, asilos, presídios, hospitais, quartéis, etc. Estabelece o A. um bem fundamentado plano para a campanha antiexantemática, contendo preceitos e medidas úteis para médicos, funcionários sanitários, professores e empresas. O volume contém perto de 200 páginas com 44 ilustrações.

Temas atuais de patologia óssea — Cláudio Bardy, Imprensa Nacional, Rio, 1944.

Em publicação do Ministério da Agricultura, por intermédio da Divisão de Saúde e Assistência Social e com trabalho da Policlínica dos Pescadores, apareceu recentemente este excelente e bem documentado volume, da autoria do chefe de Clínica Radiológica daquele posto central localizado no Rio de Janeiro. O A. estuda os aspectos radiológicos à luz da patologia, de maneira a fornecer uma contribuição pessoal de veras valiosas para o esclarecimento das afeções ósseas. O livro está dividido em vários capítulos, cuja enunciação basta para mostrar o interesse e a utilidade da sua leitura: osteologia normal; alterações ósseas inflamatórias; alterações ósseas degenerativas; alterações ósseas neoplásicas; e alterações ósseas distróficas. A apresentação material é de primeira ordem. O volume tem mais de 200 páginas, com 111 ilustrações originais, algumas das quais a cores.

Renal Lithiasis — Charles C. Higgins, 2.^a edição, Charles C. Thomas (301-327 East Lawrence Avenue), Springfield, Ill., 1944.

Depois de 10 anos de estudo sobre a etiologia da calculose re-

nal, o A., que pertence à Cleveland Clinic apresentou um livrinho de tal valor que a primeira edição foi logo esgotada e a segunda, feita pouco mais de um ano depois, não precisou de qualquer modificação, sendo integralmente reimpressa. A parte experimental foi assistida por MacCullagh, Mendenhall e Throckmorton, todos da Cleveland Clinic. O livro contém os seguintes capítulos: história da litíase renal; etiologia; sintomatologia; tratamento cirúrgico, tratamento dietético; dietas. O livro contém as mais modernas idéias sobre o assunto, incluindo a valiosa contribuição pessoal do A. É um trabalho conciso e claro, enfeitado num pequeno volume de 140 páginas, com 18 ilustrações. Preço, 3 dólares.

Estudos médicos sobre o café — Hélio Póvoa e colaboradores, Departamento Nacional do Café, Rio, 1944.

Sob a orientação de Hélio Póvoa, cuja morte prematura certamente privou as letras médicas nacionais de mais uma série de produções como as que realizou na sua brilhante carreira, o Departamento Nacional do Café enfeixou algumas valiosas monografias sobre o valor do café do ponto de vista médico. O trabalho inicial é da autoria de Carlos Stajano, o conhecido cirurgião uruguaio que aplicou pela primeira vez e vem difundindo com grande entusiasmo o clister de café concentrado nos estados de choque. Falando de cátedra, com uma experiência de 25 anos, o ilustre cientista mostra os benefícios de uma tal medicação, ainda não suficientemente conhecida. Hélio Póvoa, Aécio Vilar, Paulo de Carvalho, Ruben Descartes, Edgar Rocha, Dante Costa, Eduardo Gommensoro, Eitel de Andrade, Elino Souto, Glanco Correia, Otávio Dreu, Arlindo de Castro, Cleto Veloso, Melo Loureiro e Rui Lemos apresentam interessantes estudos sobre vários aspectos do café, à luz de bem orientada expe-

rimentação. Num total de 326 páginas, o volume encerra, pois, uma série de bem fundamentados trabalhos, cuja leitura conduz a um melhor conhecimento da nossa apreciada rubiácea.

Clínica de las ictericias. — Helioodoro González Mogená, Salvat Editores, Barcelona — Buenos Aires, 1944.

Como chefe do Serviço do Aparelho Digestivo da Clínica do prof. Jiménez Díaz, uma das mais afamadas da Espanha, o A. produziu um trabalho digno da escola a que pertence. Professor auxiliar da Faculdade de Medicina de Madri fez um livro essencialmente didático e profundamente prático, discutindo com clareza as dificuldades do diagnóstico. Depois de uma parte geral, em que estuda a patogenia e a sintomatologia das ictericias, os métodos de diagnóstico, o exame da função hepática e o diagnóstico diferencial, o A. dedica nada menos de 21 capítulos especiais às várias formas de ictericia, terminando o livro com uma série de considerações sobre o prognóstico. São 212 páginas de uma leitura agradável e proveitosa.

Medicamentos Quimioterápicos Antimaláricos. — Quintino Mingóia, Separata de "Selecta Química", São Paulo, 1944.

A excelente monografia do A. bem mereceu a tiragem à parte, em forma de livro, com que está sendo distribuída. A série de confe-

rências feita pelo A. e que deu origem à presente publicação despertou tanto interesse que impoz uma divulgação mais ampla, ora visada. As mais recentes aquisições sobre quimioterapia e quimioprofilaxia da malária até meados de 1944, aparecem ao lado dos conhecimentos clássicos, fazendo do livro um útil repositório para os estudiosos de quimioterapia e para os clínicos. O volume contém 120 páginas, com ilustrações.

Semiologia de las malformaciones pulmonares. — Augusto Casanegra, El Ateneo (Florida, 340), Buenos Aires, 1944.

Dispondo do volumoso material do Centro de Investigações Fisiológicas, dirigido pelo prof. Roque Izzo, o A. fez um extenso e detalhado estudo das malformações pulmonares, apreciando-as do ponto de vista semiológico. Trata-se, pois, de um livro de alcance prático imediato, que vem suprir as deficiências dos exíguos capítulos que os livros clássicos consagram ao assunto. O A. recorda a embriologia dos pulmões e discute a etiologia das malformações, para depois descrevê-las à luz da anatomia patológica, com a classificação que lhe parece ser a mais acertada. Entra depois propriamente no assunto de sua dissertação, encarando uma por uma as malformações pulmonares, num total de cerca de 150 páginas. O volume contém 220 páginas, com numerosas ilustrações e expressiva documentação.

PHILERGON -

**o FORTIFICANTE das
multidões**

CLINICA ROENTGEN

RADIODIAGNÓSTICO

Exames radológicos em domicílio

**Dr. Raphael de Lima Filho
Pedro Cabello Campos**

Av. Brigadeiro Luiz Antônio, 644 ★ Fone 2-5831 ★ São Paulo

i-
r-
a.
re
la
a-
os
til
le
s.
m

o-
a-
)

tal
o-
ue
e-
es
n-
se,
á-
as
los
am
m-
a
ara
na-
ifi-
ais
ia-
ta-
as
um
O
om
iva

ho
os